

Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna



4º Curso de Direcção e Estratégia Policial

**A DESCRIMINALIZAÇÃO DO CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES
COMO FACTOR DE PREVENÇÃO**

**Jerónimo Sanches Torrado
Intendente**

Lisboa, 15 de Setembro de 2017



O FENÓMENO DAS DROGAS, DESCRIMINALIZAÇÃO E PREVENÇÃO

AGRADECIMENTOS

À minha mulher, Eduarda Carvalho, pela motivação ao longo de todo este caminho e pelo apoio e paciência nas horas mais difíceis.

À Joana Martins e Ana Sofia pelo apoio e conselhos.

Ao meu irmão, Joaquim Torrado, pela preocupação e apoio e por toda a alegria que o caracteriza.

Aos meu camarada Luis Moreira pelo apoio e discussão de ideias.

Ao Dr. Joaquim Valadas pela amizade, pela disponibilidade constante, pela preocupação e conselhos sobre a abordagem do tema e pelo apoio incondicional.

Ao Dr. Paulo Valadas pela sua contribuição e pelo apoio constante que deu.

Ao Dr. Hugo Ferreira pela disponibilidade, apoio e acompanhamento do trabalho.

Ao Dr. José Pedro Oliveira, pela amizade, disponibilidade e apoio.

Ao Dr. Carlos Alexandre, que apesar do pouco tempo disponível sempre demonstrou a sua disponibilidade em me ouvir e por todo o material que disponibilizou para a realização deste trabalho.

Ao amigo Fábio Marques por todo o apoio e disponibilidade demonstrada.

O meu muito obrigado a todos, sem a vossa colaboração nada disto teria sido possível.

SIGLAS E ABREVIATURAS

APA - American Psychiatric Association

CAT - Metacatinona

CDT - Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência

DEA - Drug Enforcement Agency

DCITE - Direcção Central de Investigação ao Tráfico de Estupefacientes

DL - Decreto Lei

DOB - Dimethoxybromoamphetamine,

DST - Doença Sexualmente Transmissível

FDA - Food and Drug Administration

GABA - Gamma-AminoButyric Acid

HIV - Human Immunodeficiency Virus

ICE - Hidrocloridrato de Metanfetamina

LAAM - Levo-Alpha Acetyl Methadol

MBDB - Benzodioxolyl -N- methylbutanamine

MDA - Methylenedioxyamphetamine

MDE - Methylenedioxy -N- ethylamphetamine

MDMA -Metilenodioximetanfetamina

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPC - Orgão de Policia Criminal

PCP - Pheniciclidina

PJ - Polícia Judiciária

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

SNC - Sistema Nervoso Central

TCIC - Tribunal Central de Instrução Criminal

THC - Tetrahydrocannabinol

UNID - Unidade Nacional de Informações de Droga

INDICE

Introdução

Metodologia

Parte I

1 - Resenha Histórica

2 - A toxicodependência e as perspectivas de intervenção

3 - Evolução do consumo de drogas a Europa

4 - Conceito de droga e seus efeitos

- **4.1. Definição**
- **4.2. Conceito formal**
- **4.3. Conceito legal**
- **4.4. Tipos de efeitos**
 - **4.4.1. Imediatos**
 - **4.4.2. Mediatos**

5 -Análise dos diferentes grupos de drogas

- **5.1. Grupo dos Depressores**
 - **5.1.1. Ópio e seus derivados**
 - **5.1.2. Medicamentos tipo opiáceo**
 - **5.1.3. Medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes e hipnóticos**
- **5.2. Grupo dos Estimulantes**
 - **5.2.1. Coca e seus derivados**
- **5.3. Grupo dos Perturbadores**
 - **5.3.1. Cannnabis e seus derivados**
 - **5.3.2. Alucinogénicos ou drogas psicadélicas**
 - **5.3.2.1. Tipos de alucinogénicos**
- **5.4. As novas drogas sintéticas**
 - **5.4.1. O Ecstasy**

Parte II

1 - O porquê da descriminalização do consumo de estupefacientes

2 - A descriminalização do consumo de estupefacientes como factor de prevenção

3 - Entrevistas

4 - Conclusões

INTRODUÇÃO

A problemática da droga, pelas suas consequências sociais, é uma preocupação para qualquer governo, quer na perspectiva do tráfico, quer na perspectiva do consumo e tratamento.

O fenómeno da droga, sobretudo no que concerne ao consumo, é um dos problemas mais graves das sociedades modernas, com graves repercussões sociais, mesmo aqueles que não têm uma relação directa com o problema, acabam por se ver envolvidos pela criminalidade conexa associada à problemática do consumo.

O fenómeno da droga é um fenómeno complexo e de contornos obscuros e insidiosos, à volta do qual se movem grandes interesses económicos, que dificulta cada vez mais o seu combate, e exige uma força policial específica, bem treinada, bem equipada e com elevada técnica profissional.

Todas estas qualidades poderão parecer exageradas, mas não o são, uma vez que as redes internacionais estão muito bem estruturadas e têm uma organização e disciplina exemplar, que obriga a uma grande capacidade técnica da parte dos agentes investigadores e para além disso é imperioso que estes possuam meios técnicos e legislação adequada, para que possam levar a cabo a sua tarefa eficazmente.

Durante as últimas décadas, um pouco por todo o mundo, as políticas de combate ao flagelo da droga, assentavam, exclusivamente, numa vertente policial, na componente repressiva. Estas políticas foram um fracasso, assumidos por todos, directa ou indirectamente, mostrando claramente, a necessidade de uma nova abordagem. Quer os políticos quer as sociedades, devem encarar este problema de frente e sem preconceitos, e separar as duas vertentes que se criaram com o desenvolvimento o tráfico de drogas. O tráfico propriamente dito e o consumo, são realidades diferentes de um mesmo fenómeno, sabemos que um só existe enquanto existir o outro, mas devemos ter a abertura suficiente para ver que as abordagens têm, necessariamente, ser diferentes.

Eliminar a oferta, não elimina a procura e neste paradigma há que olhar para os consumidores e naquilo que pode e deve ser feito, para que sejam novamente reintegrados como indivíduos úteis à sociedade.(1) A questão do tráfico, essa sim, deve ser encarada como uma luta prioritária e fundamental para o equilíbrio das sociedades e diminuir o poder destas organizações.

Durante muitos anos, sobretudo nas décadas de 70 e 80 do sec. XX, Portugal seguiu este mesmo caminho repressivo relativamente ao fenómeno da droga, tomando como exemplo a política de outros países.(2) A partir do meio da década de 90 do sec. XX, Portugal começou a encarar a possibilidade de uma nova abordagem, que se veio a consubstanciar na publicação da Lei 30/2000 de 29 de Novembro, e que define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem estas substâncias sem prescrição médica.

METODOLOGIA

O presente trabalho foi elaborado, tendo por base a experiência profissional do autor, a sua experiência na área da toxicodependência, sobretudo pelo facto de ter sido oficial de ligação no Projecto Vida, e formador do IPDT durante vários anos, e ter feito parte da equipa responsável pela elaboração do plano de formação sobre toxicodependências, do Distrito de Beja.

Foi ainda elaborado, com recurso a consultas de vários estudos sobre a matéria, e ainda com recurso a entrevistas a vários intervenientes, nas diferentes Instituições com intervenção nesta problemática.

As entrevistas são do tipo não estruturado, e também recaem sobre as opiniões dos entrevistados, que decorrem da sua experiência profissional, portanto tem uma base empírica, mas importante.

O trabalho não pretende apresentar soluções ou novos caminhos, longe disso. Pretende sim entender, de forma simples, e que pode constituir-se como ponto de interesse, e levar outros a efectuar um estudo mais profundo sobre esta temática.

A conclusão deste trabalho, tem por objectivo, verificar se efectivamente, e numa primeira abordagem simples, a descriminalização do consumo se

consubstanciou num factor de prevenção nas vertentes de saúde pública e da criminalidade, normalmente associada a esse consumo.

PARTE I

1- RESENHA HISTÓRICA

Em termos de civilização, as drogas sempre coabitaram com o homem desde os tempos mais remotos, quer numa vertente legal, caso dos medicamentos, preparados, ou simplesmente por hábitos religiosos ou sociais, caso das drogas exclusivamente para consumo.

Por outro lado desde o princípio que o homem tem procurado encontrar substâncias que actuem sobre o seu sistema nervoso central, quer no sentido da estimulação ou da sedação, quer no sentido da modificação da sua percepção do mundo ou dos seus estados de consciência.(3)

Factores como a exploração das emoções, a integração social, estimular o corpo para além dos seus limites são importantes na tomada da decisão para o consumo de drogas.

O uso da papoila do ópio remonta ao Neolítico (5000 a 2.500 A.C.) que coincide com o início da sedentarização humana. São desta altura as primeiras aldeias lacustres, o início da prática da agricultura e da domesticação dos animais. O homem deixa de sobreviver daquilo que vai encontrando, para produzir a sua própria alimentação. Toda esta situação cria novas relações sociais, em vez do tradicional clã familiar que se deslocava para sobreviver, aparece o tecido social composto por elementos de vários clãs, que constituem uma comunidade que vive junta e se ajuda mutuamente, apercebendo-se rapidamente que o homem em comunidade tem mais hipóteses de sobrevivência.

Da prática da agricultura, veio o contacto com as plantas psicoactivas e daí o conhecimento dos seus efeitos e exactamente por estes alterarem os estados de consciência, são utilizados em rituais religiosos, atribuindo-se a elas propriedades mágicas.

O homem primitivo não tinha explicações científicas para os fenómenos que hoje sabemos, serem de origem natural. A única explicação era de origem divina ou

sobrenatural e representavam castigos das divindades ao homem. O homem vivia obcecado por duas premissas religiosas:

- **Por um lado o medo e a obsessão da protecção,**
- **Por outro a esperança e festa da reconciliação,**

ou seja o medo do castigo das divindades leva ao aparecimento dos rituais de oferendas e muitas vezes sacrifícios de animais ou até humanos para acalmar a ira divina, a reconciliação, e assim obter de novo a protecção da Divindade (4). Estes rituais, alguns de grande crueldade, eram levados a cabo debaixo do efeito de plantas ou preparados psicoactivos (5).

Quinhentos anos antes de Cristo os Citas, cujo território se estendia do rio Danúbio ao rio Volga, utilizavam nos seus rituais a maconha, que colocavam sobre pedras aquecidas colocadas no interior de tendas inalando os seus vapores.

Cerca de oitocentos anos antes de Cristo, na América do Sul o imperador Inca Manco Capac controlou o uso da folha de coca. O direito de mascar a folha de coca era colocado acima dos mais ricos presentes de prata e ouro.

Quantidades apreciáveis de folhas de coca eram enterradas com as múmias incas. Ao norte do império Inca, no sec. XV, os índios Huichol, Cora e Tarahumare, do México, utilizavam o cacto Peyote ou os cogumelos mágicos e celebravam sobre o efeito alucinogénico destas plantas, cerimónias religiosas (6). Grãos da papoila do ópio foram encontrados nas zonas que actualmente constituem a Suíça, Itália e Alemanha, datadas do sec. XI A.C.

O cultivo doméstico, remonta ao sec. VI A.C. e em Espanha, foram encontrados, numa gruta perto de Granada, objectos para a queima do ópio datado de 4.200 A.C. (7).

No sul de Inglaterra e Polónia, foram encontrados vestígios idênticos datados da idade do ferro e que demonstram a deslocação da utilização da papoila de sul para norte.

Os primeiros testemunhos escritos sobre esta planta datam de 3.000 anos A.C., numa placa de argila em escrita cuneiforme, descoberta em Nippour, antiga

capital da Suméria (actualmente Irão, Iraque) e tem informações sobre a colheita matinal do saco da papoila conhecida pelos sumérios como a planta da alegria. Depois dos sumérios, os herdeiros da sua civilização, os Babilónios expandiram o conhecimento das propriedades da papoila até à Pérsia. Os persas embora detivessem os conhecimentos da utilização da papoila, preferiram o uso da cannabis. (8)

Dos persas o conhecimento da papoila passou para os Gregos. Nesta civilização aparecem várias referências à papoila nomeadamente:

- Nas Epopeias d Homero, Ilíada e Odisseia
- Hipócrates (436 -377 A.C.) menciona frequentemente a papoila como ingrediente de preparações medicinais
- Aristóteles (384 – 322 A.C.) preceptor de Alexandre O Grande, menciona-a como um calmante
- Nas divindades Gregas, Morfeu (sono); Tanatos (morte); Nexo (noite)

Todos eles aparecem ornamentados de grinaldas de papoilas, Morfeu (deus do sono) é representado abanando todas as noites as suas papoilas sobre os mortais para que estes repousem, Demeter (deusa das colheitas), a papoila é um dos símbolos desta divindade e representa o Inverno e a letargia.

Na civilização Egípcia, também aparecem referências à papoila, que era utilizada pela alta hierarquia faraónica. As múmias aparecem ornamentadas com folhas e flores de papoila e num túmulo foi descoberto um unguento que continha morfina. (9)

Durante a Idade Média o ópio manteve-se um produto raro, sendo a sua utilização para uso médico e rituais mágicos, no entanto os árabes negociavam o seu comércio, entre outros produtos medicinais, da África à China.

A partir do sec.XV o ópio integra-se na farmacologia Europeia, sendo então utilizada em vários preparados pelos médicos da altura. No entanto e apesar do seu consumo recreativo ser conhecido das elites da época, o ópio ainda é raro e reservado a certas classes.

Com a era das descobertas e com a consequente ligação dos vários continentes e com o desenvolvimento das trocas e rotas comerciais, o comércio internacional

é reorganizado pelos europeus, que detêm a sua hegemonia até ao sec. XX, facto que vai permitir uma expansão do ópio em larga escala.

Em 1750, o rei Jorge V de Inglaterra, encorajou a América a plantar cânhamo, com a intenção de desenvolver uma indústria têxtil e implantar uma de cordoaria. No entanto toda esta situação foi aproveitada para desenvolver o cultivo de Cannabis. O governo britânico cultivou ópio na Índia, para trocá-lo pelo chá produzido na China. Em meados do Sec.XIX, travaram-se as guerras “do livre comércio” ou guerras do ópio, entre a China e a Inglaterra, para fortalecer o direito inglês de vender ópio aos senhores da guerra chineses, que por sua vez o vendiam aos camponeses, servindo para que estes suportassem as duras condições de vida. (10)

A morfina foi largamente utilizada na Guerra Civil americana e criou milhares de dependentes. O consumo de ópio era preferível ao do álcool porque o consumidor não era violento nem barulhento, limitava-se a dormir encostado a um canto.

O Vin Mariani, vinho Bordeaux, continha extractos de cocaína e era muito popular por volta de 1890, graças ao aval de celebridades como Thomas Edison e o presidente William McKinley. (11)

Na viragem do Sec.XIX para o sec.XX, estojos de cocaína e heroína, eram anunciados em jornais e vendidos nas melhores casa e a média de idade dos consumidores era de 42 anos. Em 1914 o Pure Food and Drug Act, Opium Exclusion e o Harrison Narcotic Act, eliminaram os opiáceos e a cocaína dos balcões.

O fenómeno da droga, em termos gerais e como estrutura, iniciou-se no Sec.XIX e actualmente esta problemática atinge proporções gravíssimas, no que diz respeito quer às drogas tradicionais (**culturais**) quer às drogas sintéticas (**neoculturais**).

Paradoxalmente um dos responsáveis por esta calamidade acaba por ser a própria ciência em geral e a indústria química e farmacêutica em particular. Embora a Europa aponte como responsáveis por este mal o continente Americano, o Oriente e a África, no entanto foi o Ocidente, sobretudo os países europeus, os principais responsáveis pela produção, oferta e consumo de

drogas. Vários países ocidentais promoveram o uso e produção de drogas nas suas colónias e promoveram o seu comércio internacional, foi o caso de:

- Ingleses Sec.XIX (ópio)

- Franceses, final Sec.XIX, início sec.XX (ópio)

- Holandeses seca XVII (tabaco e ópio)

Outro aspecto que revela bem a importância dos países ocidentais no comércio do ópio, foi o conflito que opôs a China à Inglaterra, a chamada Guerra do ópio ou Guerras do Livre Comércio, como os ingleses lhes chamaram e foram levadas a cabo, num primeiro conflito de 1834 /42 e numa segunda fase entre 1856/58. Este conflito iniciou-se após o imperador chinês ter declarado a proibição da importação deste produto, pelos efeitos nefastos que causava a quem o consumia. A Inglaterra sente o seu domínio comercial ameaçado e retalia para manter o domínio e o circuito de venda de ópio aos senhores da guerra chineses, que por seu turno o vendiam aos camponeses.

No fim do primeiro conflito a China é derrotada e são abertos para este tipo de mercadoria mais cinco portos chineses, entre os quais o de Hong Kong e o pagamento de pesadas indemnizações aos comerciantes chineses que trabalhavam com a Inglaterra e a restituição do ópio apreendido.

No fim do segundo conflito a China volta a ser derrotada e resulta na abertura de mais onze portos chineses ao livre comércio do ópio, abrindo assim uma vasta zona de entrada deste produto no Sul da China, sob a total responsabilidade dos Ingleses.

Em relação à planta da Coca, os Americanos tentaram o seu cultivo na Califórnia, sem sucesso, e os Ingleses, Franceses e Belgas, tentaram o seu cultivo nas respectivas colónias, sem sucesso. Os Holandeses cultivaram o arbusto de coca na ilha de Java e entre 1910 e 1930 esta ilha foi o maior produtor mundial de folhas de coca.(12)

2 - A TOXICODEPENDÊNCIA E AS PERSPECTIVAS DE INTERVENÇÃO

A toxicodependência tem duas grandes perspectivas de intervenção diametralmente opostas, a perspectiva Biomédica e perspectiva Criminal.

Biomédica - Tem como base o facto de se considerar o toxicodependente um doente, e que o problema da toxicodependência é, essencialmente, um problema de saúde pública que deve ser tratado como uma doença, através de tratamento médico.

Criminal – Trata a toxicodependência como uma questão criminal. O toxicodependente não é um doente, porque as doenças acontecem indiscriminadamente, o que não é o caso do toxicodependente. Este inicia o consumo de uma substância, tendo a perfeita consciência do acto e das consequências supervenientes, tais como a existência de informação suficiente sobre o tema e também porque os candidatos a consumidores, já visionaram vários toxicodependentes tendo a noção perfeita dos riscos que correm.

Ambas as perspectivas têm prós e contras e dificilmente conseguirão de per si ter algum sucesso.

A perspectiva actual é **mitigada** ou seja, junta as duas perspectivas utilizando o que de eficaz possui cada uma delas:

- Mantêm-se a perspectiva repressiva (criminal) para o tráfico
- O consumo é descriminalizado desde que seja efectuado em locais privados (domicílio).

Temos então, relativamente ao consumo, uma descriminalização, o consumo é banido do âmbito do ilícito criminal o que tanto pode levar à não sanção ou a uma sanção do tipo administrativo que é a situação actual em Portugal. (13)

Uma das soluções apontadas para o controle efectivo do fenómeno, tem sido a legalização. Nesta vertente o consumo não é proibido e as actividades que lhe estão ligadas são organizadas pelo estado devidamente enquadradas em articulados legais.

O principal argumento dos defensores desta vertente é a de que a legalização retiraria os grandes ganhos aos traficantes e em vez de reprimir a procura deveriam ser auxiliados os países produtores para serem ultrapassados os seus níveis de pobreza e a recuperação do controle do estado em todo o território.

3 - EVOLUÇÃO DO CONSUMO DE DROGA NA EUROPA

1850- Interesse dos grupos intelectuais pela *Cannabis* e Cocaína e consumo alargado do ópio. Freud era um defensor do consumo da cocaína.

1900- A cocaína é retirada de componente na fabricação da Coca Cola. O consumo de cocaína era moda em círculos elegantes.

1936/45- Na II guerra mundial as Anfetaminas foram utilizadas em larga escala, para aumentar a capacidade de resistência e a agressividade dos soldados.

1950- Consumo de drogas ilícitas tornou-se um importante fenómeno juvenil levando a um rápido aumento de heroinómanos.

1960/70- A droga surgiu entre os jovens como um fenómeno social, a Cannabis era a droga mais utilizada assim como o LSD, as Anfetaminas e o ópio. Na cultura alternativa dos anos 70 estas drogas eram utilizadas para “expandir a consciência”.

1980 – Rápido aumento do consumo de heroína. No final desta década o consumo de drogas ilegais estabilizou na maioria dos países.

1990 – Estabilização do consumo das drogas tradicionais e aumento do consumo das drogas sintéticas.

Sec. XXI – Explosão do consumo das drogas sintéticas e diminuição do consumo das drogas tradicionais.

4 - CONCEITO DE DROGA E SEUS EFEITOS

4.1. DEFINIÇÃO

Em termos de conceito, entende-se por droga, toda e qualquer substância que administrada a um ser vivo, provoca alterações no seu sistema nervoso central, sejam drogas **psicoléticas**, drogas que atuam no SNC, diminuindo a atividade cerebral, drogas **psicoanalépticas**, também denominadas psicotrópicas, são drogas que actuam no SNC e que aceleram a atividade cerebral, ou drogas **psicodislépticas** que são drogas perturbadoras da atividade do SNC, ou seja, desestruturam a personalidade, e também são conhecidas por psicomiméticos, porque mimetizam uma psicose.

4.2. CONCEITO FORMAL

Como já foi referido atrás, droga é toda a substância que, pela sua natureza química, altera a estrutura ou o funcionamento de um organismo.

4.3. CONCEITO LEGAL

Todas as substâncias e preparados sujeitos ao controle e constantes das tabelas anexas ao D.L.15/93, e que se podem dividir ainda em:

- **Drogas lícitas** – Medicamentos (barbitúricos, anti-depressivos, ansiolíticos, tranquilizantes).
- **Drogas ilícitas** - drogas tradicionais, sintéticas e drogas lícitas usadas fora de receituário médico.

4.4. TIPOS DE EFEITOS

Os efeitos, em termos de temporalidade de acção, podem ser de dois tipos:

4.4.1. IMEDIATOS

Aparecem logo a seguir ao consumo da substância e actuam no SNC e variam conforme o tipo de droga, caracterizando-se por:

- **Depressão generalizada** – Diminuição da actividade do SNC, originando estados de sonolência, perda de rendimento e produtividade e entorpecimento.
- **Estímulo Generalizado** – Potenciação das actividades do SNC, causando hiperactividade, aumento de energia, potenciação de actividade física e intelectual, perda do sono e excitação.
- **Perturbação Generalizada** – Causam um estado físico mais difícil de definir, alteram situações de depressão com estados de euforia, causando um estado de grande instabilidade.

4.4.2. MEDIATOS

As reacções provocadas a médio e longo prazo e constituem a base do processo de dependência, ocorrem cumulativamente e são constituídos pelas seguintes fases:

- **Tolerância** – Aptidão para suportar doses cada vez mais elevadas da substância ou seja são necessárias doses cada vez mais elevadas para o consumidor obter os mesmos efeitos.

A tolerância pode ser dividida em dois tipos:

- **Tolerância Metabólica** – Alterações no metabolismo da substância, por meio das quais o fígado elimina a droga mais rapidamente.
- **Tolerância Celular ou Fármacodinâmica** – Modificações do funcionamento das células alvo da substância (SNC) em presença da substância por meio das quais a resistência aos tecidos diminui.
- **Dependência** – O papel central que a substância acaba por desempenhar na vida do sujeito, existência de problemas relacionados com o controle e consumo e o aumento das dificuldades, especialmente físicas e psicológicas, apesar das quais o indivíduo volta de novo à substância. Em resumo trata-se da habituação ou utilização compulsiva e implica uma necessidade psicológica física da substância.

A dependência pode também dividir-se em dois tipos:

- **Dependência Psicológica** – Reside na sensação que o consumidor tem de consumir a substância para atingir o seu melhor nível de actividade ou sensação de bem-estar. Difícil de tratar.
- **Dependência Física** – Indica que o corpo se adaptou fisiologicamente ao consumo habitual da substância, surgindo sintomatologia, **Síndrome de Abstinência**, quando o uso da droga é cortado abruptamente ou drasticamente reduzido. Mais fácil de tratar. A síndrome de abstinência caracteriza-se pelo aparecimento de sintomas físicos e psicológicos quando se suspende com demasiada rapidez o consumo de uma droga. Os sintomas são, normalmente opostos aos efeitos produzidos pela mesma droga. Esta síndrome é particularmente intenso para drogas do tipo depressor opiáceo e estimulantes.(14)

Com o consumo regular de estupefacientes, sobretudo nas drogas depressoras, surge um padrão de comportamento que se chama **Dependência**

Comportamental. Este tipo de comportamento caracteriza-se por uma conduta compulsiva centrada na busca de droga e aparece como o sinal mais importante do processo de dependência ou mais precisamente no fenómeno da adição. Este fenómeno consiste numa dependência em relação a uma droga da qual podem resultar efeitos negativos para o indivíduo e para a sociedade. Enquanto tolerância e dependência física são fenómenos biológicos, que podem ser definidos em laboratório e diagnosticados, as definições das síndromes comportamentais de uso abusivo e dependência de drogas são difíceis de explicar.

Ao longo do tempo definiu-se e redefiniu-se o conceito de dependência química. Em 1964, a OMS postulou que dependência química não tem como característica essencial a **tolerância ou a dependência física**, mas o **consumo compulsivo de drogas**, isto é, a pressuposição de uma **alteração mais comportamental do que metabólica**.

Hoje em dia, a revista American Psychiatric Association (APA), sistema diagnóstico mais influente para distúrbios mentais, define a dependência química como ***um agrupamento de sintomas indicando que o indivíduo continua a usar uma determinada substância apesar de ter consciência de que a mesma lhe causa danos.***

Está implícito nesse conceito de dependência que os efeitos da droga devem ser experimentados como consequência de um comportamento activo do seu uso. Receber passivamente uma droga não originará uma ***"dependência comportamental"*** (exemplo doentes tratados com medicamentos que fora da prescrição médica são drogas ilícitas). Os seres humanos podem facilmente ser transformados em dependentes físicos de uma droga, administrando-se repetidas doses de quantidades suficientes de forma a provocar sintomas de abstinência quando ocorre sua interrupção. Para que aconteça uma atitude de busca da droga, precisam estar condicionados de forma comportamental.(15)

Para se entender os mecanismos da dependência química e do abuso de drogas, é preciso familiarizar-se com os conceitos de tolerância, dependência física e síndrome de abstinência.

A tolerância é a maneira mais comum do organismo se adaptar ao uso repetido de uma substância, ocorrem independentemente de condições sociais e psicológicas e pode ser definida como a redução na resposta a uma substância após administrações repetidas, isso implica que as células sejam capazes de se adaptar à presença do agente farmacológico em seu ambiente para assumir uma função relativamente normal.

Em relação aos **consumidores**, sabe-se que os efeitos das substâncias variam de indivíduo para indivíduo. Sabe-se também que a genética tem uma grande importância em todas estas variáveis. Podemos apontar como exemplos a tolerância inata ao álcool ou heroína, em que estudos mostram que filhos de pais alcoólicos ou dependentes de heroína, já nascem tolerantes a estas substâncias, estando assim mais propensos à dependência.

As **variáveis ambientais** influenciam também a para que alguém se torne toxicodependente, porque o uso contínuo dos vários tipos de drogas ilícitas, por

exemplo, são influenciados por problemas sociais e pressão do grupo. O uso de drogas, pode ser no início encarado como uma forma de rebelião ou como factor de inclusão do indivíduo num determinado grupo. O uso de drogas é também, principalmente em países pobres, uma forma de escapar dos problemas sociais vividos.

A dependência física e a tolerância são distúrbios fisiológicos que qualquer indivíduo que faz uso de medicação em doses repetidas pode vir a sofrer e, se essa medicação for retirada abruptamente, esse indivíduo realizar grande esforço para tê-la de modo compulsivo a fim de aumentar o efeito de prazer.

Dos sintomas de efeito mediato podemos ainda realçar o **Síndrome Cerebral Orgânico, a Psicose e o Flashback.** (16)

- **O Síndrome Cerebral Orgânico**, tem como característica, o consumidor apresentar sinais de confusão, desorientação e diminuição das funções intelectuais, com funções vitais estáveis e sem síndrome de abstinência. Qualquer droga pode produzir este estado se for administrada em doses elevadas. (17)
- **Psicose**, surge de forma brusca e constitui uma alteração profunda do comportamento normal da pessoa. Estas psicoses induzidas pelas drogas encontram-se, normalmente, em consumidores de depressores ou estimulantes, e pode surgir em indivíduos despertos e sem sinais de desorientação, com funções vitais estáveis e sem indícios de abstinência, alucinações ou ideias delirantes.
- **Flashback** estão associados aos derivados da cannabis e alucinogénicos e baseia-se na recorrência do efeito das drogas. Aparece por factores que incluem a presença de vestígios de drogas no organismo, stress psicológico, pânico e mesmo hipótese de disfunção cerebral temporário. (18)

5 - ANÁLISE DOS DIFERENTES GRUPOS DE ESTUPEFACIENTES

Atendendo ao tipo de efeitos que as drogas exercem sobre o Sistema Nervoso Central, podemos agrupá-las, para uma melhor sistematização, nos seguintes grupos principais:

• **DEPRESSORES** – Drogas psicolépticas, reduzem a actividade do SNC, criando um estado geral de abatimento e sedação:

-Ópio e derivados

-Medicamentos tipo opiáceo

-Medicamentos tranquilizantes, Ansiolíticos e hipnóticos

• **ESTIMULANTES** – Drogas Psicoanalépticas, estimulam o SNC provocando um estado geral de euforia e hiperactividade.

-Coca e derivados

-Anfetaminas e medicamentos com efeitos similares

• **PERTURBADORES** – Drogas Psicodislépticas, perturbam e alteram os estados de consciência e apreensão da realidade.

-Cannabis e derivados

-Alucinogénicos

-Medicamentos de efeitos secundários perturbadores

-Substâncias voláteis e inalantes

Para percebermos melhor, passemos agora a uma análise mais aprofundada destes vários tipos de drogas.

5.1. GRUPO DOS DEPRESSORES

Os “depressores” apresentam um maior risco de morte por *overdose*. Todas as drogas que deprimem o sistema nervoso central (comprimidos para dormir, heroína, álcool) podem causar dependência física. O consumo deste tipo de drogas leva rapidamente à perda do controlo.

5.1.1. Ópio e seus derivados

O ópio é uma substância natural que provem de uma planta designada *Papaver Somniferum* ou papoila do sono, em tudo idêntica à papoila vulgar que aparece por exemplo no nosso país. As propriedades calmantes desta substância, já eram conhecidas no sec.IV A.C. por Hipocrates e Galeno. No sec.XVI Paracelso diluiu o ópio em álcool e obteve a tintura de iodo. Em 1815 Serturmer isolou o primeiro e principal alcalóide do ópio, a morfina, a qual foi usada no campo da medicina. Em 1897, na Alemanha, a empresa Bayer descobriu um derivado da morfina que era destinada a substituir a morfina para evitar a dependência criada por aquela substância a quem a tomava, essa substância é a heroína.

O ópio é obtido através de pequenos cortes que são feitos no cálice da planta, após a queda das pétalas. Desses cortes brotam gotas de seiva que é deixada ao ar entre 24 a 48 h, adquirindo então um tom castanho-escuro e consistência mais sólida. De seguida é recolhida através da raspagem dos cálices e junto em bolas chamadas pães de ópio. É nesta forma que é fumada em cachimbos de água. Como o ópio é uma substância constituída por vários alcalóides que podemos agrupar em dois grupos os ***Phenanthrenes*** e ***Isoquinolines***. Os *Isoquinolines* não têm efeito significativo no SNC, no entanto os *Phenanthrenes* exercem um grande efeito sobre o SNC e é de dentro deste grupo que saem os principais alcalóides do ópio que são; Morfina, Codeína e Tebaína.

Morfina

É o principal alcalóide do ópio e é um analgésico poderoso que desenvolve rapidamente a tolerância e a dependência no consumidor. A maior parte da morfina obtida é convertida em codeína e outros derivados.

Tebaína

É um alcalóide menor na composição do ópio, e é similar á morfina e á codeína, no entanto os seus efeitos são mais estimulantes que depressores e não tem aplicação terapêutica, mas aparece na composição química de vários medicamentos (***Oxymorfona, Naloxene Naltrexone, e Buprenorfina***)

Codeína

É um alcalóide do ópio, o seu efeito analgésico e sedativo é menor que o da morfina. Tem utilização terapêutica e é usada no tratamento da tosse e das dores.

Metadona

Substância sintetizada a partir do ópio. Foi utilizada para fins terapêuticos nos EUA no fim da II Guerra Mundial e actualmente é utilizada para tratamento de toxicodependentes.

Heroína

A heroína é uma substância semi-sintética, e foi sintetizada a partir da morfina em 1874, por cientistas alemães da empresa Merck, por um processo de acetilação. É um pó muito fino e sem cheiro, de cor branca ou castanha e gosto ácido. É consumida com uma vasta gama de produtos de corte, que lhe retiram a pureza, mas por sua vez, aumentam a quantidade para venda. Normalmente a concentração média de heroína encontrada nas doses vendidas na rua aos consumidores, varia entre os 2 a 5% sendo o resto produto de corte. Os produtos de cortes, normalmente, são açúcar em pó ou medicamentos do tipo depressor, no entanto as substâncias de corte dependem dos fins a atingir.

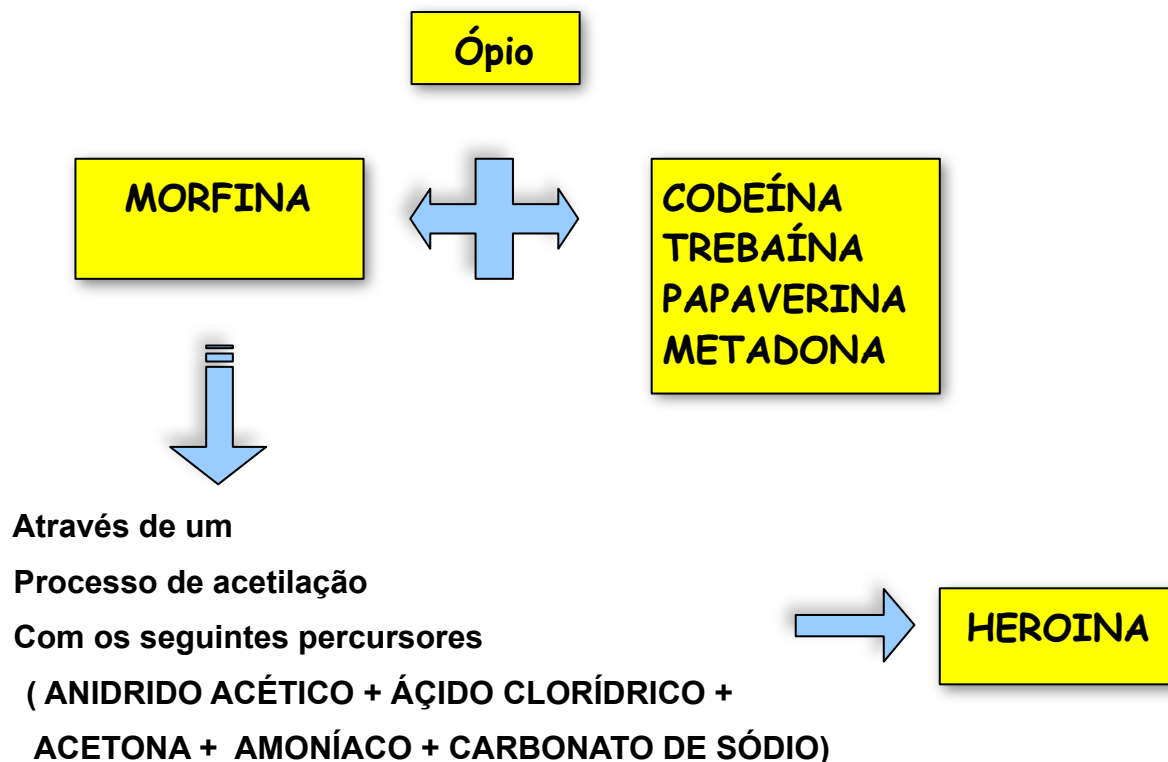
A heroína de rua aparece geralmente sob a forma de um pó castanho que pode ser fumado, cheirado ou injectado. Foi utilizada em 1898 como remédio contra as dores, e analgésico substituto da morfina, apontada como não tendo os mesmos problemas de dependência, mas ao longo do tempo veio a descobrir-se todo o seu potencial para criar dependência e tornar-se numa substância adicta. Em 1914 é declarada substância ilegal.

A heroína é dos opiáceos naturais o que mais rapidamente cria uma forte tolerância, habituação e dependência. Os riscos, a médio prazo, incluem overdose e dependência.

Actualmente muitos consumidores estão a adoptar o consumo de heroína fumada ou inalada em detrimento do método tradicional, a injeção, e o principal motivo é o problema da transmissão de doenças como, HIV e Hepatite. No entanto outra razão parece existir para esta situação, como o grau de pureza da substância é maior, os consumidores fumam a substância com maior grau de pureza e injectam a de menor grau de pureza já que este método é mais efectivo

nestas situações porque não há percas vai directo ao sistema circulatório e deste para o SNC.

DIAGRAMA DE FABRICO DA HEROINA



5.1.2. Medicamentos tipo Opiáceo

Fazem parte deste grupo, medicamentos que só podem ser obtidos através de receita médica especial, a receita cheque (ex. *Petidina*, *Fentanyl*, *Metadona*, *Pentazocina*, *Buprenorfina*, *LAAM*). Estes produtos podem ser administrados por via oral, injectados, via rectal ou absorvidos pela pele. São ainda utilizados na área de tratamento oncológico, traumatologia, cirurgia, cardiologia, anestesia etc.

O LAAM e a Buprenorfina, estão a ser utilizados como medicamentos de substituição, no tratamento de toxicodependentes, juntamente coma Metadona. Alguns medicamentos tipo opiáceos, são utilizados como drogas de abuso, por alguns toxicodependentes, sobretudo os analgésicos potentes (Morfina, Buprenorfina, Pentazocina, Tramadol, Dextropropoxifeno, e ainda alguns anti-tússicos). Estes medicamentos podem ser consumidos injectados ou fumados.

5.1.3. Medicamentos Ansiolíticos, Tranquilizantes e Hipnóticos

Os medicamentos ansiolíticos conhecidos como calmantes, são fármacos para tratamento da ansiedade e têm um efeito depressor no organismo, que serve para tratar a irritabilidade, a insónia, produzindo ainda um efeito relaxante muscular.

O Ansiolítico potencializa a acção da enzima GABA, que ajuda a acalmar e deprimir o SNC.

Entre os consumidores, estes medicamentos são designados por **Drunfos**, os mais vulgares são as **Benzodiazepinas** (Rohypnol, Sedex Lexotan, Serenal, Valium, Dormicum etc). Estes medicamentos criam dependência física e psíquica, sobretudo quando o consumo é prolongado. A dependência é mais rápida quando o consumo é de comprimidos hipnóticos de acção rápida. Os mais vulgares são as Benzodiazepinas. Os tranquilizantes raramente são mortais em doses elevadas.

Os seus efeitos colaterais são a diminuição da capacidade de aprendizagem, diminuição do controlo motor fino, sonolência e irritabilidade.

Em medicina estes medicamentos têm uma larga divulgação terapêutica, pelos seus efeitos tranquilizantes (Ansiolíticos, Anti-epilépticos, Hipno-indutores e Miorelaxantes) são medicamentos bastante seguros e a sobredosagem raramente é mortal. Muitas pessoas tomam estes medicamentos para dormir ou como calmantes e muitos toxicodependentes, utilizam alguns destes medicamentos como drogas de abuso.

Os **Barbitúricos** são medicamentos muito potentes e pequenos excessos podem ser fatais. Criam uma grande dependência física e psíquica. Por essa razão só podem ser comprados mediante receita médica especial. Eram usados em abundância nos anos 70, deixaram de ser usados como droga de abuso, devido ao controlo médico. O seu uso clínico restringe-se ao tratamento da epilepsia e à anestesiologia. Como são medicamentos extremamente potentes e cuja margem de segurança é reduzida e o seu excesso, sobretudo dos barbitúricos de acção ultra-rápida e rápida pode provocar a morte por paragem respiratória, são pouco usados actualmente pelos toxicodependentes.

Os sintomas de dependência desta droga são semelhantes aos da privação das Benzodiazepinas, no entanto muito mais intensos e o toxicodependente deve ser tratado por especialistas. O tratamento da abstinência destas drogas, não pode ser feito sem tratamento médico e recorrendo a doses decrescentes.

5.2. GRUPO DOS ESTIMULANTES

5.2.1.Coca e seus derivados

A Coca é uma planta originária da América do Sul e designada cientificamente por *Erythroxilion Coca*. O consumo das folhas de coca mascada ou em infusão para o combate à fadiga é uma tradição cultural dos povos dos Andes. Em 1860 Caedeqe e Albert Newman isolaram a cocaína. Devido às propriedades anestésicas destas folhas foi então iniciada a produção desta substância que era utilizada no tratamento de doenças do foro psiquiátrico e anestésico local. A cocaína tem um efeito estimulante intenso sobre o sistema nervoso (como as anfetaminas) e a sua acção é rápida e de curta duração e provoca uma grande dependência, sendo o estimulante natural mais poderoso. Em situações de sobredosagem, a cocaína deprime o centro respiratório e tem uma acção directa sobre o coração, podendo provocar arritmia, hemorragia ou paragem cardíaca. Actualmente a cocaína está interdita e não tem aplicação a nível medicinal.

A Produção da Cocaína

A cocaína é obtida a partir das folhas de coca, por um processo complexo e que se desenrola por fases nas quais são acrescentados um certo número de precursores.

1ª Fase – Pasta de Coca

Pasta indissolúvel na água e que pode ser consumida mascada, muito usada pelos camponeses que trabalham nos laboratórios clandestinos de produção desta droga.

2ª Fase – Cocaína Base

Pode ser consumida fumada e é muito utilizada nos EUA.

3ª Fase – Cloridrato de Cocaína

O cloridrato de cocaína, cocaina sal, que é a cocaína vulgar, é um pó muito branco e cristalino, pequenos cristais tipo açúcar, cujo grau de pureza ronda os 40% . O consumo deste produto, é essencialmente feito por inalação, e provoca forte habituação e dependência. No entanto a substância também pode ser consumida injectada ou fumada. O efeito estimulante da cocaína não se distingue do efeito estimulante das Anfetaminas. A diferença é que o efeito das Anfetaminas dura mais tempo.

O ciclo de produção de cocaína tem as seguintes fases:

- Fase da maceração das folhas de coca
- Pasta de coca
- Cocaína base
- Cloridrato de cocaína

Para melhor entendimento do processo vamos explicar mais pormenorizadamente:

Feita a recolha das folhas do arbusto da Coca (*Erythroxylum Coca*), estas são trituradas e sobre elas espalham-se grandes quantidades de cimento, sendo depois regadas com uma mistura de soda cáustica, amoníaco e gasolina.

Para misturar todos estes componentes, os trabalhadores vão pisando as folhas durante algum tempo adicionando ainda cal viva. Pelo facto de pisarem esta mistura descalços os trabalhadores apresentam feridas e deformações nos pés, provocadas pela agressividade dos produtos utilizados. Enquanto efectuam este processo de mistura, os trabalhadores, para combaterem as dores e as feridas, mastigam folhas de coca.

Após a mistura ter sido pisada durante algum tempo, é novamente regada com gasolina e ácido sulfúrico continuando o processo de mistura.

Do processo de mistura resulta uma pasta viscosa que é colocada em bidões com gasolina (pasta de coca) onde fica a repousar durante algum tempo.

De seguida a pasta é filtrada, através de um pano, e é colocada num bidão com ácido sulfúrico. Este processo de filtração é feito três vezes e no fim é junto mais amoníaco, que vai produzir uma reacção química com o líquido extraído de

toda aquela mistura. É feita mais uma filtragem e obtém-se a pasta base da cocaína (cocaína base)

De seguida a pasta base da cocaína é misturada com acetona, permanganato de potássio e ácido clorídrico e obtém-se o cloridrato de cocaína. À cocaína de venda de rua, ainda se junta, pó de giz, pó de mármore, vidro moído, fermento em pó, lidocaína, benzocaína, procaína, anfetaminas, cafeína, entre outros.(19)

Crack

Nos anos 80 foi descoberto o crack, substância obtida misturando o cloridrato de cocaína com amoníaco ou bicarbonato de sódio. Cozinhando esta mistura num microondas a 300 graus, durante algum tempo, obtém-se então os cristais de crack. Esta droga é consumida fumada e o efeito é muito intenso e quase imediato, criando uma forte habituação, tolerância e dependência logo a partir da primeira toma. Com o aparecimento desta substância, assistiu-se a um aumento de situações de violência. Os consumidores sofrem problemas respiratórios, tosse, respiração rápida, dores fortes no peito, aceleração do ritmo cardíaco e hemorragias. Nos anos 90 o consumo de crack acentuou-se difundiu-se em grande escala.

Anfetaminas

Drogas de origem sintética conhecidas no meio da droga por Speeds, Anfes, Fringas, Prelos, Dinintéis, Pesexes, e que têm um efeito estimulante poderoso sobre o SNC que se caracterizam por perda de sono, perda de apetite, acréscimo de energia, desinibição. As anfetaminas são consumidas oralmente ou injectadas.

A Dextroanfetamina e a Metanfetamina são correntemente apelidadas anfetaminas e as suas propriedades químicas e efeitos são tão similares que mesmo um consumidor experiente não consegue diferenciar estas drogas. As anfetaminas nos anos 30 do sec.XX eram utilizadas para tratamento de congestões nasais. Em 1937 eram receitadas em tabletes para serem utilizadas em tratamentos de desordem do sono (Narcolepsia). Durante a II Guerra

Mundial, as anfetaminas foram utilizadas para manter a capacidade de combate e aumentar a agressividade dos soldados. Actualmente estas drogas devido ao seu efeito estimulante, são utilizadas por alguns condutores para conseguirem suportar as viagens longas sem adormecer, e atletas para controlo de peso, manter níveis elevados de treino.

Em 1965 as anfetaminas foram declaradas substâncias ilegais e actualmente não têm qualquer utilidade médica sendo fabricadas unicamente para fins de consumo recreativo em laboratórios ilegais.

Metanfetamina

Ou "Tina": é usada em primeiro lugar, pelos seus efeitos sexuais. Primeiro, tem um efeito instantâneo, e os seus utilizadores podem ter múltiplos parceiros e entrar em práticas de sexo não protegido, arriscando a transmissão de DSTs. Segundo, os efeitos físicos e mentais incluem ansiedade, paranóia e desidratação. A dependência é rápida e os efeitos a longo prazo são graves: é possível que haja depressão, psicose, e hipertensão.

O aparecimento do ICE (Hidrocloridrato de Metanfetamina) levou ao aparecimento de uma nova forma de consumo desta substância, fumada.

Tal como o CRACK é a versão fumada da cocaína o ICE é a versão fumada da Anfetamina. Qualquer destas drogas é altamente tóxica e cria dependência. Os efeitos das anfetaminas ou metanfetaminas são similares ao da cocaína mas duram mais tempo.

Alguns medicamentos para emagrecer têm efeito anfetamínico, por essa razão só devem ser tomados de acordo com parecer médico.

Em Portugal foram muito usados como drogas de abuso os fármacos como o **Mybsal, Preludim, Profamina, Fringanor, Drenur, Dinintel**. Na segunda metade dos anos 80 do sec. XX, o consumo destas drogas foi muito intenso, sobretudo Dinintel e á semelhança de outros medicamentos , e para prevenir o uso destes fármacos, foram reclassificados e actualmente só podem ser obtidos através de receita médica, medida que travou e reduziu eficazmente a oferta e procura destes medicamentos como drogas de abuso.

Uma outra droga mais recente nos EUA e de efeitos semelhantes é a Metacatinona ou CAT que foi declarada substância ilegal em 1993. O CAT é análoga quimicamente à metanfetamina e é consumida normalmente inalada. No entanto pode ser consumida oralmente ou injectada e a sua aparência é de cristais de sal. Os seus efeitos caracterizam-se pela energia abundante, hiperactividade, perda de apetite, sentimento de invencibilidade, euforia. Doses elevadas provocam alucinações, convulsões e paranóia.

Uma outra droga designada **Ritalina (Metilfenidato)**, que é usada para tratamento de crianças com problemas de atenção, é usada como droga estimulante. O seu uso leva ao aparecimento de efeitos similares aos da cocaína, anfetaminas ou metanfetaminas com efeitos alucinogénicos e psicóticos. A droga é de produção lícita mas sofre desvios para consumos ilícitos fora de controlo médico.

5.3. GRUPO DOS PERTURBADORES

5.3.1. Cannabis e derivados

O cânhamo é uma planta que aparece espontaneamente por todas as regiões de clima quente ou temperado e a sua designação científica é *Cannabis Sativa* e é originária da Ásia. O arbusto é facilmente identificado pelas folhas que são constituídas por um número impar de folículos finos e compridos e de bordos denteados. Desta planta são retirados a Liamba ou Marijuana, o Haxixe e o Óleo de Haxixe. A planta sintetiza cerca de oitenta canabinoides, entre os quais uma substância denominada **THC (tetra hidro canabinol)** que é o principal componente psicoactivo ou seja é a substância causadora dos efeitos perturbadores do SNC e que altera o humor e as percepções.

Este canabinoide distribui-se em concentração diferente pela planta com maior concentração na resina, flores e folhas, diminuindo a concentração nos ramos, tronco e raízes, sendo inexistente nas sementes, razão pelo qual o seu comércio é autorizado.

O Haxixe

É o derivado mais conhecido da *cannabis* e é obtido através da cozedura de pedaços da planta (folhas, flores e caules secos) aos quais se juntam vários ingredientes enriquecidos com resina extraída planta, e posteriormente prensada. O haxixe apresenta um teor de THC entre os 8 e 12%.

Ciclo de de Produção do Haxixe



A *cannabis* dá origem ainda a:

- **Liamba** (Marijuana, Ceruma, Maconha) - que não é mais do que as folhas, flores e caules da planta que, depois de secos, são macerados até se obter um composto vegetal parecido com o tabaco. Este produto é consumido fumado.
- **Óleo de Haxixe** – O óleo de haxixe é um destilado da resina da planta podendo a sua concentração chegar aos 60%.
- **Pólen de Haxixe** – É o produto da polinização das flores da planta.

5.3.2. ALUCINOGENICOS OU DROGAS PSICADÉLICAS

Os alucinogénicos são drogas de diferentes origens. Podem ser drogas de síntese obtidas em laboratórios ou provenientes de plantas. São as chamadas drogas dislépticas, que modificam a realidade e o estado de consciência e provocam modificações nas percepções, provocam alucinações, que se consubstanciam em percepções sem objecto ou seja vê-se, ouve-se e sente-se

o que não existe. São as chamadas drogas psicadélicas. Sob o efeito de um alucinogénico o consumidor experiênciava uma espécie de viagem, designado na gíria por *Trip*. Esta viagem pode ser boa ou má, dependendo de vários factores como, a personalidade do consumidor, estímulos externos, o estado de espírito, stress, estado fisiológico e companhia para o ajudar. Durante estas viagens o consumidor pode não se recordar de si próprio (*despersonalização*) nem dos outros (*desrealização*). Podem também acontecer estados de angústia e depressão ou estados de pânico e suicidas.

5.3.2.1. Tipos de Alucinogénicos

Estas drogas podem ser classificadas quanto à sua origem, como Naturais ou Sintéticas e quanto à sua hierarquia em razão da sua criação em Tradicionais ou Novas Drogas Sintéticas.

Quanto à origem:

- Naturais

- Psilocibina (*Cogumelos*, *Psilocyba*, *Panelous*, *Concybe*)
- Mescalina – (*Cacto Peyote*)
- Noz-moscada
- Estramónio

Psilocibina - É um alucinogénico natural que se encontra em três tipos de cogumelos o *Psilocyba* o *Panelous* e o *Concybe*.

O *Psilocyba Cubensis* é o mais comum e o princípio activo foi isolado por Albert Hoffman em 1958. A Psilocibina é um pó branco ou colorido que é consumido por via oral ou injectado ou ainda por infusão. Os seus efeitos são semelhantes aos do LSD.

Mescalina - é um alcalóide segregado pelo *Cacto Peyote* existente no México e foi isolado em 1896. Tem efeitos alucinogénicos e estimulantes

Noz-moscada – em pequenas doses pode provocar ligeira euforia, em doses elevadas pode provocar alucinações, ansiedade e pânico.

Estramónio – é uma planta com efeitos alucinogénicos que provoca secura, obstipação aumento de pulsação e dificuldades urinárias.

Sintéticas Tradicionais

Estas drogas podem ser classificadas em razão da sua criação e utilização em Drogas Sintéticas Tradicionais e Novas Drogas Sintéticas.

São aquelas que eram utilizadas a par das drogas tradicionais como a cocaína, heroína e haxixe, só que o seu fabrico é exclusivamente sintético. Já vimos atrás outras drogas sintéticas, as Anfetaminas, Metanfetaminas, ICE, e outras mas estas não são drogas psicadélicas ou seja não alteram as percepções do consumidor, aumentam sim é os seus níveis de energia são drogas do tipo estimulante. Nesta classe temos o **STP, LSD, PCP, Ketamina** etc. No entanto o representante mais famoso deste tipo de drogas psicadélicas é o LSD.

LSD (Dietilamina do Ácido Lisérgico)

É uma droga sintética, obtida a partir de um fungo existente no centeio e foi descoberto em 1943 por Albert Hoffman, químico americano do laboratório Sandoz. O LSD é um pó branco e sem cheiro e é consumido por via oral em comprimidos, líquido ou absorção cutânea, tem um efeito alucinogénico poderoso, que pode durar de 2 a 24h. É comercializado em comprimidos, cápsulas ou espalhado na forma líquida em papel absorvente, o qual é depois colocado na pele e daí a droga é absorvida para o organismo.

Ketamina

Também conhecida por "K", Special K, Vitamina K, Liquid E ou Kit Kat. A Ketamina é um anestésico, com propriedades alucinogénicas, que pode fazer o consumidor sentir-se "em viagem". Em geral não é usada pelos efeitos sexuais, mas mais frequentemente antes de ir a um clube. Pode dar alucinações ou vômitos, e se tomada em doses altas, paralisia temporária, visão de túnel, alucinações assustadoras e má coordenação. A overdose pode levar à morte.

Pheniciclidina

Tambem conhecida como PCP ou Pó de Anjo, é um anestésico muito poderoso e muito popular nos EUA, na Europa não tem grande aceitação.

A Pheniciclidina apareceu como um substituto da Ketamina e da Tiletamina, possuindo todas elas propriedades psicadélicas.

O PCP pode aparecer sob a forma de comprimidos ou de papel impregnado, podendo ser misturado com outras drogas, podendo ainda ser misturada com a cannabis ou tabaco e ser consumida fumada.

Gama-Hidroxibutirato (GHB)

Trata-se de um sedativo que lentifica o sistema nervoso central. Os utilizadores são atraídos pelos seus efeitos sexuais, mas a droga pode dar sonolência, desorientação, coma, ou problemas respiratórios, se tomada em grande quantidade. Quando misturada com álcool, o duplo efeito sedativo pode ser particularmente perigoso. Pode haver alternativas a esta droga, como a SOMA ou “blue nitro”, que tem efeitos semelhantes e não é tão perigosa, embora o perigo aumente se houver misturas de substâncias.

Antidepressivos

Existe alguma confusão por parte das pessoas no conceito de Ansiolítico e Antidepressivo

Os Ansiolíticos são medicamentos de efeito calmante com efeito depressor no organismo, por isso estão incluídos no grupo dos depressores e aí são analisados.

Os antidepressivos, são drogas de origem psiquiátrica, indicadas para o tratamento de transtornos do estado de humor e estados de depressão (tratamento bipolar, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, stress pós-traumático) e têm o efeito contrário dos Ansiolíticos, ou seja têm um efeito estimulante no organismo. A depressão é caracterizada pela diminuição dos neurotransmissores serotonina, noradrenalina e norepinefrina

5.4. NOVAS DROGAS SINTÉTICAS

Este grupo abarca uma grande quantidade de substâncias, tendo em comum:

- Sintetização em laboratório
- Fim de comercialização
- Consumo em larga escala

Para poderem penetrar no mercado e imporem-se estas drogas devem ter duas componentes:

- Efeito psicoactivo acentuado
- Produção barata

O perigo é que os seus efeitos são imprevisíveis e muito mais potentes do que o das drogas tradicionais do mesmo tipo. As possibilidades de criação são ilimitadas, basta a variação da estrutura molecular da substância, para se obterem outras com estrutura molecular diferente e, por isso, não estão declaradas substâncias ilícitas. Neste momento assiste-se a um aumento considerável do consumo destas novas drogas em detrimento das drogas tradicionais. É grande o abuso de fármacos, Anfetaminas e sobretudo de Alucinogénicos, LSD e Ecstasy. Neste momento a droga mais consumida no norte da Europa, com tendência a generalizar-se ao resto do continente, são as Anfetaminas e O MDMA.

Esta procura das novas drogas sintéticas, dá-se devido a uma alteração da motivação para o consumo, a perspectiva cultural mudou. Antigamente as razões eram essencialmente depressivas a revolta contra um sistema político opressivo, escape aos problemas, desinteresse pela vida em particular e pela sociedade em geral, levando o consumidor a afundar-se cada vez mais e na maior parte das vezes a acabar vítima de uma overdose ou suicídio.

Nas novas drogas sintéticas o que se passa é exactamente o contrário, o que motiva os consumidores não é a frustração ou o desinteresse pela vida mas sim o aproveitar esta ao máximo, usando as drogas como fonte de prazer e prolongar ao máximo esse mesmo tempo, utilizando a máxima de que quanto mais se consome mais se diverte.

5.4.1.O ECSTASY

Este é o representante mais conhecido das novas drogas sintéticas e vamos agora analisá-lo com mais profundidade, até porque é uma droga que exige uma grande atenção por parte das polícias pelas possibilidades de camuflagem e de vazio legal relativamente às substâncias para que possa ser combatida de maneira mais eficiente.

Vulgarmente designado por Ecstasy, XTC, E ou EXT, é um produto quimicamente designado por MDMA (MetilenoDioxioMetanfetamina) e é o resultado da manipulação da estrutura química de uma Anfetamina, cuja forma natural pode ser encontrada na noz-moscada.

O MDMA é uma substância estimulante do tipo alucinogénico, e tem como características de efeito o estímulo cerebral, o apuramento dos sentidos, agudeza visual, acústica, táctil, criação de emoções e maior empatia social e fornecimento extra de energia, normalmente aproveitada para um divertimento contínuo, sobretudo na dança.

O MDMA é uma substância totalmente sintética obtida em 1912 pela empresa farmacêutica E.Merck e patenteada em 1914 como medicamento inibidor do apetite, podendo ser utilizado para reduzir o peso. Durante as décadas de 60 a 80 do sec.XX foi utilizado pelos psiquiatras americanos, para o tratamento de doentes com problemas psiquiátricos, os quais sem autorização da FDA, órgão que supervisiona e controla os medicamentos nos EUA, usavam esta substância para as terapias, na medida em que estas facilitavam o relacionamento com estes doentes. Daí passou rapidamente para o consumo de rua.

Farmacologicamente, pertence às feniletilaminas, o grupo mais amplo de substâncias psicadélicas conhecido até agora.As feniletilaminas podem ter compostos naturais e sintéticos. As naturais derivam de óleos voláteis que se encontram em inúmeras espécies vegetais, como o cacto Peyote, S.Pedro, noz moscada, açafraão, crochê, sassafrás.

As Sintéticas, designam-se pelas iniciais da sua formula química, MDMA, MDA, MDEA ou MDE, MMDA, DOB, TMA, DOET, DOM, PMA, CBR, entre outros,

partilham todos eles a estrutura química básica e a maioria dos seus efeitos psicoactivos.

Na sua forma pura, o MDMA, é um pó cristalino, preparado para venda apresenta-se em capsulas ou comprimidos.(20)

Após o registo da patente, pela E.Merck, a referecia seguinte sobre o ecstasy data de 1953, quando se conheceu, através de uma publicação efectuada vinte anos mais tarde, que esta substância havia sido aplicada, juntamente com outras, em ensaios toxicológicos efectuados em Ann Harbor, pela Universidade do Michigan, com o apoio do departamento Edgewood Chemical Warface Service U.S. Army, codificada como “Agente experimental 1475”.

Estas experiências tiveram como objectivo avaliar a sua potencial toxicidade, em diferentes espécies animais. Por outro lado, nos anos 60, os químicos polacos Bineick e Krajewski, publicaram a descoberta sobre as novas vias de síntese da substâncias. Existem alguns antecedentes isolados sobre o estudo e investigação do MDMA. É o caso de Alexander Shulgin, químico e farmacêutico californiano, investigador de psicadélicos. Shulgin estudou, desde os anos 60, a psicofarmacologia dos compostos relacionados com a mescalina, que sintetizou no seu próprio laboratório, e fez experiências com centenas de feniltalaminas diferentes.

Foi tambem Shulgin quem assinalou, pela primeira vez, numa publicação em 1978, que esta substância provocava efeitos psicoactivos que eram desconhecidos da comunidade científica até então. Começa a ensaiar e a difundir as suas descobertas, entre os seus colaboradores. Entre eles está Leo Zeef, um psicoterapeuta, que utilizou MDMA no tratamento de pacientes com conflitos mais profundos, potenciando-lhes a memória. (21)

O emprego de MDMA não foi submetido a nenhum controlo legal, baseando-se nas leis da California, as quais permitiam a aplicação de certos fármaco não comercializados, quando administrados por um médico ou farmacêutico. Nestes primeiros anos, a substância permanece restrita a estes pequenos núcleos, e assim se mantém até ao princípio dos anos 80 do sec. XX, quando começa a sua difusão e consumo recreativo.

Apesar da sua suposta eficácia, os terapeutas tiveram sempre alguma relutância em publicar os resultados preliminares, temendo que a publicidade acelerasse o processo de ilegalização, e assim impossibilitasse o seu uso terapêutico, tal como já havia acontecido com o LSD e como veio a acontecer com o MDMA.

As primeiras notícias de abuso de MDMA, datam de 1970, coincidindo com a classificação de substância ilegal do MDA, a qual foi incluída nas tabelas de substâncias controladas.

O MDA, droga do amor dos anos 70, foi então substituída pelo MDMA, que era ainda legal.

É na década de 70 que um grupo de químicos, apoiados por pequenos empresários, decide iniciar a fabricação de MDMA, instalando um laboratório em Marin County na Califórnia. O produto foi denominado inicialmente “Empathy” e só posteriormente passou a designar-se pelo nome com que hoje conhecido “Ecstasy”

A entrada na Europa da substância terá sido feita via Inglaterra em meados da década de 80 do Sec.XX, com a importação da moda das *rave parties* e das *after-hours* acompanhando certos tipos de música como o *techno* e o *acid house*. Este aumento de consumo desordenado levou a que a substância fosse incluída na tabela de substância proibida em 1985, após a DEA e a FDA sugerirem, em 1984, a inclusão desta substância na tabela I de substâncias controladas (a par da heroína e cocaína).

Como é um composto totalmente sintético, torna-se fácil manipulá-lo quimicamente, alterando a sua estrutura química de maneira a obter outros tipos de drogas, ou potenciar os seus efeitos. Assim e resultante da manipulação o MDMA pode aparecer modificado na sua estrutura química, assumindo diferentes designações. O ecstasy pode ainda aparecer sobre a forma de MDA, MDE, MBDB OU DOB, todas substâncias abrangidas pelas tabelas anexas ao D.L.15/93.(22)

Para conhecimento, apresentamos agora uma pequena lista das novas drogas sintéticas. Pequena porque as possibilidades de manipulação são tão grandes que se torna inviável tentar catalogá-las todas. Basta referir que entre 2010 e

2016, foram encontradas 79 drogas sintéticas novas em Portugal e que são detectadas semanalmente na União Europeia, duas drogas sintéticas novas .

Importa reter que estas drogas, são sempre muito mais potentes que as drogas a que se assemelham.(23)

Alucinogénicos, Estimulantes, Perturbadores

- FLAKKA - alucinogénico, delírios intensos
- NBONE - alucinogénico, semelhante LSD
- MIAU MIAU - estimulante, efeito semelhante à mistura de cocaína com ecstasy
- DOB – na Austrália substitui o LSD
- DOM ou STP – semelhante à Mescalina provoca más viagens e reacções psicóticas prolongadas.
- DMT – semelhante à Psilocibina, consumida em chá ou embebida em marijuana.
- MAX, ICE, BLUE ICE – é uma metanfetamina.
- MDA – semelhante à Mescalina.
- MDEA ou EVA – é uma metanfetamina semelhante ao MDMA.
- MDMA, ADÃO ou ECSTASY – esta droga é analisada mais à frente em pormenor.
- PMA – alucinogénico.
- TMA – alucinogénico análogo à Mescalina.
- COCAÍNA DE DESENHADORES – estimulante que não teve sucesso devido ao elevado preço e por não conseguir os efeitos da droga original.
- TROPOCAÍNA – estimulante alucinogénico provoca alucinações.

Depressores

- KROKODIL - efeito semelhante à heroína, provoca necroses no tecido muscular e gangrena.
- PSEUDOFENTANYL – heroína branca da china, 100 vezes mais potente que a droga original

- PARAFLUOROFENTANYL – equivalente à heroína
- TRIMETILFENTANYL – 3000 vezes mais potente que a morfina
- MPPP – heroína sintética
- MPTP – derivado sintético da heroína, semelhante à Meperidina, que provoca uma doença degenerativa semelhante à doença de Parkinson.
- MEPERIDINA ou DEMEROL – heroína sintética

PARTE II

Após esta breve descrição histórica e dos diferentes grupos de estupefacientes, as suas interações com o consumidor os seus principais efeitos, vamos de seguida abordar a questão da descriminalização e a envolvente legislativa desta problemática, abordando sobretudo se esta descriminalização que consubstancia num factor de prevenção criminal e em termos de tratamento e saúde pública e se a legislação necessita de alguma alteração para que se enquadre nas problemáticas do consumo das novas drogas sintéticas.

Nesta parte serão também apresentadas algumas entrevistas, que tentei que enquadrassem personalidades de relevo, nas várias vertentes da problemática do consumo, nomeadamente, Juízes, Advogados, Presidentes das CDT e Polícias, e que dessem a sua opinião sobre este assunto e no que concerne à vertente de prevenção, quer no que às questões e saúde pública dizem respeito e também relativamente às questões de prevenção em termos de criminalidade conexas.

1 - O Porquê da Descriminalização

O grande argumento para a descriminalização do consumo, a meu ver, tem a ver sobretudo, com questões de saúde pública. É nesta vertente que se notam, sem qualquer sombra de dúvida, as grandes mudanças operadas pela Lei 30/2000 de 29 de Novembro.

A descriminalização do consumo de drogas, operada legislativamente em 2000, cujo grande articulado é a Lei 30/2000 de 29 Novembro, conjuntamente com a Portaria 94/96 de 26 de Março, o D.L. 130-A/2001 de 23 de Abril, a Portaria 540/2001 de 28 Maio, que define os Centros de Saúde regulada e entrada em vigor em 2001, constituiu-se como uma verdadeira alteração de paradigma, na

paisagem internacional, no que diz respeito à política internacional de combate à droga, que se pautava por um endurecimento das normas penais relativamente a todos os pressupostos relacionados com estupefacientes.

De uma cultura de castigo e punição, através da aplicação de penas de prisão, passou-se para uma política de descriminalização do consumo, integração e prevenção a dois níveis: um a nível de saúde pública, com a importante acção dos OPC's com uma nova atitude de encaminhamento para as estruturas de tratamento e o fim do estigma que pendia sobre o consumidor e a nível criminal, permitindo aos mesmos OPC's utilizarem os recursos contra as grandes redes de tráfico, e criminalidade organizada, tudo isto sem aumento da despesa, mudando só os alvos de actuação. Permitiu também libertar os tribunais de milhares de processos inúteis, permitindo que a acção destes mesmos tribunais fosse agora directa para os processos realmente importantes relativos às redes de tráfico e criminalidade organizada.

São cada vez mais, quer a nível nacional quer internacional, as vozes que se levantam contra o proibicionismo. Podemos citar, Almeida Santos, Jorge Sampaio, Cardona Ferreira, Carlos Alexandre, Fernando Henrique Cardoso, George Schultz, Ernesto Zedillo, César Gaviria, Javier Solana e Kofi Annan, Ruth Dreifuss, George Soros, Glenn Greenwald, entre muitos outros.

Muitas destas personalidades formaram a Global Commission on Drug Policy (Comissão Global em Matéria de Droga), em 2011. Esta Comissão defende o fim das políticas proibicionistas, apelando aos países, que ainda não o fizeram, que assumam politicamente, o fim da criminalização dos consumidores, e optem por medidas de saúde pública e redução de riscos.

Em 2014 Jorge Sampaio, conjuntamente com a Ruth Dreifuss, ex-presidente da Suíça, no dia Dia Internacional contra o Abuso e Tráfico de Drogas, escreve um artigo onde afirma *“estamos mais longe de um mundo sem drogas...pelo contrário, multiplicam-se os efeitos negativos da política punitiva que levou à criação de um mercado negro, estimado em 300 mil milhões de dólares anuais, um crescimento da violência e da corrupção generalizada”*.

Também nesse ano Jorge Sampaio apresenta na ONU o relatório da global Commission on Drug Policy e pediu para uma mudança de política urgente, porque o sistema actual não estava a funcionar.(24)

Relativamente às políticas de descriminalização, Portugal aparece com uma política inovadora. E se, no que concerne às normas que descriminalizam o consumo de estupefacientes, atribuindo-lhe um enquadramento meramente administrativo, que se consubstancia, na aplicação de contra-ordenações, desde que as quantidades para consumo diário, não ultrapassem o estipulado por lei, ela não é substancialmente diferente de outros países, é na criação de estruturas de apoio, tratamento, acompanhamento e reinserção, que Portugal se destaca e é inovador. (25)

2 - A Descriminalização do Consumo Como Factor de Prevenção

Em 1999 Portugal possuía o maior número de infectados por HIV, entre consumidores de drogas injectáveis, de toda a União Europeia (dados EMCDDA-Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência). Segundo o mesmo observatório, havia cerca de 2000 casos de infecção por ano, 45% destes, entre utilizadores de drogas injectáveis.

Em 2009 o relatório de Glenn Greenwald, (1999-2006, apresentado no CATO Institute de Washington, *“Descriminalização das drogas em Portugal, lições para criar políticas justas e bem sucedidas sobre a droga”*, deu visibilidade global ao caso de sucesso português.

No seu relatório, Greenwald afirma *“o consumo de drogas em Portugal está entre os mais baixos da Europa, tendo também diminuído o consumo entre jovens e a mortalidade associada a complicações inerentes ao consumo de drogas”*.

Segundo o mesmo relatório, *“a troca de medidas criminais punitivas, por uma oferta de oportunidade de terapias e integração, resolveu o problema do combate ao consumo de drogas, porque anteriormente o consumidor tinha receio em procurar ajuda médica, terapêutica e psicológica, por saber que podia ser preso”*.

Os dados do relatório apontam para um aumento de 147% do número de indivíduos em programas de tratamento por substituição com metadona, entre 1999 e 2003, utilizando os mesmos recursos, que agora eram aplicados ao tratamento ao invés da aplicação em processos criminais.

Por outro lado, mesmo relatório refere ainda que *“a mortalidade associada ao consumo de 400/ano em 1999, para 290/ano em 2006, uma descida de quase 30%”*. (26)

Dez anos depois o presidente do então IDT, hoje SICAD, João Goulão, refere que *“hoje temos 40.000 toxicodependentes em tratamento...quando comecei à vinte anos, o estigma era tão forte, que as pessoas nem davam o seu nome completo aos técnicos”*. Refere ainda que se verificou uma descida do consumo de drogas como a cocaína, LSD, heroína e cannábis, na faixa entre os 15 e os 19 anos, verificando-s também uma diminuição de infectados pelo HIV, no grupo dos toxicodependentes.(27)

Em 2016 o presidente do SICAD, João Goulão, (28) faz um balanço positivo destes últimos quinze anos, lembrando que diminuíram os consumos, doenças e mortes, associadas ao consumo de drogas, referindo ainda que *“ a apreciação que fazemos é que a evolução dos diversos indicadores da dependência têm evoluído de uma forma globalmente positiva. Não é um problema resolvido na sociedade, mas a apreciação é que a descriminalização do consumo de drogas foi uma boa medida”*.

Segundo a análise da SICAD, os últimos 15 anos caracterizaram-se por uma diminuição das doenças resultantes dos consumos, sobretudo a infecção por HIV, mortes por overdose e diminuição da pequena criminalidade, mais precisamente a criminalidade conexas com o fenómeno do consumo.

Esta opção política da descriminalização dos consumos e posse de drogas, dentro dos limites legais, veio permitir o acesso ao tratamento a todos aqueles que se querem tratar, sobretudo porque desapareceu o estigma e o receio da assunção de toxicodependente.

Segundo Fernando Henriques Cardoso, ex-presidente do Brasil, *“Pude constatar o carácter inovador, a abrangência e a consistência da política nacional de droga num país de arraigada tradição conservadora. Impressionou-me a frase que ouvi do dr. João Goulão: o objetivo da política de Portugal é combater a doença e não os doentes. Toda a evidência disponível demonstra que as medidas punitivas por si só, por mais duras que sejam, não são capazes de reduzir os consumos. Pior, em muitos casos têm consequências nefastas. Ao estigmatizar os usuários de*

drogas, o medo da polícia e o risco de prisão tornam mais difícil o acesso ao tratamento” . (29)

Se relativamente à redução de danos, em termos de saúde pública, através dos programas de tratamento, acompanhamento, aconselhamento efectuados pelas CDT's é evidente, se a mudança de mentalidades e atitudes dos OPC's, relativamente à questão da posse e consumo é notória, em termos de prevenção relacionados com a criminalidade, sobretudo no que diz respeito à criminalidade conexas teremos o mesmo panorama?

Importa assim, tentar verificar, no âmbito deste trabalho, empiricamente, recolhendo informação de quem tem contacto directo com esta realidade, OPC's, Tribunais, Advogados e CDT's, relativamente à questão criminal, se a descriminalização da posse e consumo de drogas, realmente se constituiu como um meio de prevenção no que concerne à criminalidade conexas associada a este fenómeno.

Uma primeira questão ressalta, se efectivamente e após o êxito das políticas de tratamento e redução de riscos, esta adesão por parte dos consumidores, se reflectiu numa diminuição da criminalidade conexas (furtos, nas suas várias vertentes, roubos e burlas).

Segundo os entrevistados, a opinião global é de que não, não se verificou uma diminuição muito grande. E embora estas opiniões não possam ser aferidas cientificamente, porque o tempo para elaboração deste trabalho não o permitia, empiricamente, através da experiência dos entrevistados, a opinião de todos eles é que não houve alteração significativa. Esta conclusão não se apresenta fácil de confirmar porque muitos dos indivíduos que são detidos por estes crimes, muitas das vezes não indicam que ele foi cometido para manter o seu consumo de drogas, e também, mesmo que afirmem isso, nada garante que seja verdade.

Por outro lado, todos eles concordam que uma das vantagens, e se assim podemos dizer, se consubstancia numa melhor prevenção, tem a ver com o facto de a descriminalização, permitiu libertar os tribunais dos processos relativos ao consumo e dedicar o seu esforço no ataque às grandes redes de tráfico e criminalidade organizada. Esta canalização de esforços quer dos tribunais quer dos OPC's, traduziu-se numa melhor qualidade e profundidade das

investigações, traduzindo-se num desmantelamento de mais redes e de forma mais profunda, bem como o ataque aos lucros provenientes dessa actividade, e isto sim revelou-se como um factor de prevenção, na vertente criminal e na de consumo e saúde pública.

O Juiz Carlos Alexandre, referiu, numa Conferência no Estoril, que *"É sabido que o flagelo da droga constitui a principal fonte de financiamento do crime organizado e a mais expressiva fonte de criminalidade comum. É fonte de financiamento do crime organizado porque o comércio de drogas é proibido"*.

No que concerne ao regime jurídico da descriminalização do consumo, lei portuguesa estipula as quantidades exatas de cada substância para que a sua posse para consumo próprio, (30).

Na generalidade, esta quantidade é o que se assumiu ser o suficiente para o consumo de uma pessoa para um período de 10 dias (a lei estipula a quantidade em detalhe – em gramas ou comprimidos – para cada substância: cannabis folha, 25 gramas; haxixe, 5 gramas; cocaína, 2 gramas; heroína, 1 grama; LSD ou ecstasy, 10 comprimidos).

Cristina Líbano Monteiro, referia em 2001 *" De um ponto de vista da correcção técnica, uma leitura, mesmo apressada, do novo texto legal, não deixa margem para dúvidas: o diploma é mau"*.

Refere ainda a mesma autora, que *" o principal resultado da aplicação da lei da descriminalização do consumo é o de os consumidores de drogas serem agora muito mais encaminhados para tratamento, na sequência dos seus delitos comuns"*.(31)

No entanto esta reconhece que, apesar destas críticas, a lei apresenta várias posições positivas, tais como, deixar de criminalizar, os meros consumidores, que mais do que um problema legal tem sim um problema de saúde individual e constituem também um problema de saúde pública.

Também relativamente a esta questão, os entrevistados afirmam que em termos gerais a lei 30/2000 de 29 de Novembro, ainda funciona, embora necessite de uma actualização ou até de um regime jurídico mais actual, sobretudo no que concerne à realidade das novas drogas sintéticas.

Um dos artigos mais criticados é o artº 17º que apresenta sanções, sobretudo as constantes das alíneas a), b), c) e d). Segundo os entrevistados é necessária

uma revisão e uma redefinição de algumas das sanções, constantes do artº 17º, que são sobretudo para não primários, criando novas sanções e adaptando as existentes, tornando-as exequíveis e passíveis de controlo e avaliação.

Outra questão importante para os entrevistados é a redefinição da questão do consumo médio para um período de 10 dias (artº 2º nº 2 D.L. 30/200). Tendo em conta que a Lei é de 2000, estamos em 2017 e a Portaria é de 1996, em 20 anos muita coisa mudou. Torna-se necessário redefinir esta questão, porque o tipo de drogas que neste momento são mais consumidas, tem a ver com drogas sintéticas e necessitam de uma outra abordagem e estudo antes de se definir quais as quantidades a autorizar para o consumo durante 10 dias.

Outro ponto que importa repensar, segundo os entrevistados, é a questão relativa entidades responsáveis pela execução das sanções, (artº 25º Lei 30/2000) que neste momento recai sobre os OPC,s. Esta situação parece ser um contra-senso, se atendermos que a base de êxito do tratamento passou pela descriminalização, passar para controle da policia parece desconforme em relação ao espírito que está por detrás desta mesma descriminalização.

3 - ENTREVISTAS

As entrevistas foram efectuadas a representantes de organizações e serviços directamente relacionados com a problemática da droga, nomeadamente CDT, Tribunais, Polícia e Advogados. Não foi completada a lista de entrevistas por condicionantes de tempo. As entrevistas têm uma vertente essencialmente empírica, já que as conclusões se baseiam na experiência profissional dos entrevistados.

Questões:

- 1 - Qual a sua opinião, passados dezassete anos, sobre o processo de descriminalização do consumo de estupefacientes?
- 2 - Da sua experiência profissional acha que a descriminalização do consumo de estupefacientes se revelou como um factor de prevenção, quer no que diz respeito à questão de saúde pública, quer no que diz respeito à criminalidade conexas?

- 3 - Acha que a descriminalização do consumo de estupefacientes alterou os modelos de comportamento dos toxicodependentes/consumidores ?
- 4 - Acha que a legislação em vigor, está adequada á realidade actual do consumo de estupefacientes ?
- 5 - Que alterações sugeria ao quadro legislativo sobre a matéria ?

ENTREVISTA 1 - DR. JOSÉ PEDRO OLIVEIRA, PRESIDENTE DA CDT BEJA.

O entrevistado refere que a descriminalização do consumo está a resultar, sobretudo no que diz respeito à prevenção ao nível da saúde pública porque veio abrir a porta à entrada de consumidores no circuito dos cuidados de saúde e controle epidemiológico, o que teve como consequência não uma eliminação mas sim uma redução acentuada dos consumos mais problemáticos devido também, da presença no circuito e encaminhamento de consumidores das CDT's. Essa presença revela-se através da avaliação, acompanhamento, abordagem diagnóstica, preventiva e informativa.

A CDT tem dois tipos de intervenção, para os dependentes e para não dependentes.

Para dependentes, o caminho imediato é o tratamento. Na primeira abordagem é elaborada, por técnicas do serviço, um diagnóstico técnico sobre a situação do dependente. Depois vem a fase formal do processo em que o dependente é encaminhado para o tratamento que é tido por adequado para o caso concreto, sendo o controle do tratamento efectuado pela estrutura de saúde (CAT).

Para os não dependentes o diagnóstico tem em vista o tipo de resposta adequada ao consumo e ao tipo de substância, através de cursos de formação e controle de consumos. Estes programas têm como fim evitar que o consumidor caia na dependência.

No que concerne à criminalidade conexa, o entrevistado é de opinião de que também teve alguns resultados.

Primeiro porque directamente a descriminalização do consumo, veio permitir um trabalho diferenciado dos OPC's, no sentido de alargar horizontes relativamente

aos consumidores, na perspectiva de se analisar a situação não só numa vertente criminal que desaparece mas também numa vertente de prevenção destas situações e encaminhamento para organismos próprios para o tratamento e encaminhamento.

Por outro lado a descriminalização do consumo veio permitir, como atrás já foi referido, a adopção de políticas de minimização de riscos e prevenção de danos. Podemos citar como exemplo o programa existente de troca de seringas, que só adquiriu a sua frente preventiva completamente com a descriminalização do consumo, porque até aí era uma situação no mínimo estranha, ou seja, permitia-se a troca de seringas, quando o consumo ainda era punido.

A descriminalização do consumo e a criação de estruturas de apoio, encaminhamento e tratamento, com os seus programas de assistência ao consumo, permitiu um equilíbrio do estado de dependência e por consequência o regresso ao mercado de trabalho, permitindo ao consumidor uma fonte de rendimento que lhe permite manter o seu consumo actual, sem recurso a actividades ilícitas como meio de financiamento desse consumo para. Isto permitiu um espaçamento nos consumos, pela diminuição da pressão da procura de meios de financiamento para a sua aquisição, (falamos sobretudo dos consumidores de heroína, considerado o mais problemático em termos de dependência) assim uma redução na frequência de consumos permitindo uma grande diminuição dos consumos de risco.

Esta política de descriminalização do consumo, permitiu ainda uma mudança nos modelos de comportamento dos consumidores, quer pelas razões acima referidas, e ainda porque pela primeira vez o consumidor consegue distinguir o acto de consumir da situação de âmbito criminal.

Por outro lado o controle de consumos e tratamento não é visto como uma imposição, mas sim como uma oportunidade de tratamento e encaminhamento e normalização do estilo de vida.

Na opinião do entrevistado a Lei 30/2000, no geral está ainda adequada, mas necessita de várias rectificações ou até, de um regime jurídico completamente novo, atendendo, sobretudo à nova realidade das drogas sintéticas.

- Redefinição da definição de consumo médio para um periodo de 10 dias (artº 2º). Tendo em conta que a Lei é de 2000, estamos em 2017 e a Portaria é de 1996, em 20 anos muita coisa mudou.
- Redefinição de algumas das sanções, constantes do artº 17º (a, b, c, d) Lei 30/2000), que são sobretudo para não primários, criando novas sanções e adaptando as existentes, tornando-as exequíveis e passíveis de controlo e avaliação.
- Repensar e redefinir entidades responsáveis pela execução das sanções, (artº 25º Lei 30/2000) que neste momento são os OPC,s tendo sido inicialmente os Governos Civis. O mais lógico seria esta função pertencer às câmaras. Sendo as sanções comunicadas à policia, parece um contra-senso pois uma situação descriminalizada passar para controle da policia parece desconforme em relação ao espirito que está por detrás desta mesma descriminalização.

ENTREVISTA DR. JOAQUIM LARGUEIRAS VALADAS, ADVOGADO

O Entrevistado concorda com o processo de descriminalização, que na sua opinião, e bem, visa sobretudo o pequeno consumidor, deixando o caminho livre aos tribunais e aos OPC's, para se dedicarem ao combate ao tráfico e à criminalidade organizada que controla e monta toda a estrutura das redes de tráfico.

O assumir de que o consumidor, como parte final e a mais fraca, de toda esta estrutura, deve ser encarado, não como um criminoso mas sim como um doente a necessitar de apoio e ajuda médica, numa primeira fase, e de uma estrutura que o acompanhe e possa levar á sua reinserção e enquadramento na sociedade, foi uma decisão acertada e que se revelou como a mais indicada para esta realidade.

Da experiência pessoal, o entrevistado afirma que toda a estrutura montada em torno desta decisão politica, ou seja a retirada do consumidor da esfera criminal e passá-lo para a mera contra-ordenação administrativa, funciona e tem levado a que o estigma social sobre o consumidor, tenha praticamente desaparecido e que muitos deles voltaram a enquadrar-se na sociedade como indivíduos extremamente válidos e empreendedores.

Refere também que esta era uma decisão que acabaria, mais tarde ou mais cedo, por ser tomada, até porque no preâmbulo da Lei 15/93 de 22 de Janeiro, o legislador teve a preocupação de considerar que as pequenas quantidades, não constituíam ilícito.

Segundo a sua opinião, esta referência no preâmbulo da lei que é a base do combate ao tráfico de estupefacientes em Portugal, já estava a preparar o caminho para o processo de descriminalização, e que efectivamente se deu alguns anos depois.

Segundo o entrevistado, a descriminalização consubstancia-se, a nível social, como no princípio mais sagrado do cidadão, o princípio da igualdade. As teorias penais mais em voga, teorias finalistas, trouxeram ao legislador, fundamentada observação de que a culpa, na realidade, é muito reduzida para aqueles que se encontram privados de vontade própria, os consumidores. Considera então o entrevistado, que o mais importante nesta parte da problemática da droga, é prevenir e não punir e ostracisar o cidadão consumidor e proporcionar ao mesmo uma oportunidade e uma estrutura de apoio e enquadramento, que o avanço legislativo plasmado na Lei 30/2000 de 29 de Novembro, foi benéfico para a os tribunais e OPC's, como já foi atrás referido, mas sobretudo na vertente de saúde pública, tratamento e enquadramento social do consumidor.

Relativamente à criminalidade conexa, o entrevistado não acha que se tenha repercutido numa diminuição e nesse campo não acha que se tenha reflectido num efeito preventivo. O recurso a actividades ilícitas (roubos, furtos, etc.) para financiamento das práticas de consumo, não parecem ter diminuído drasticamente. Poderá existir alguma redução, pelo facto de existir uma estrutura de apoio e reinserção dos consumidores, e que neste momento o medo e a discriminação a que eram sujeitos, deixaram de ser um impedimento relativamente à procura de ajuda para o tratamento das questões relacionadas com o consumo, mas é evidente que continua a existir uma faixa de consumidores que ainda recorre a estas práticas para financiamento do seu consumo, mas também porque a sua actividade se tem mantido sempre com base em acções ilegais.

Podemos assim dizer, que não é fácil estabelecer um nexo de causalidade deste tipo de ilícitos exclusivamente com as questões e necessidades do consumo.

Muitas vezes este aparece, como mais uma vertente de uma vida feita de actividades criminosas, e que o produto dessas actividades será para os devaneios do indivíduo e também como suporte do seu consumo.

No entanto o entrevistado refere que a descriminalização alterou os modelos de comportamento associados aos toxicodependentes, sobretudo o desaparecimento dos estigmas relativos à assunção da toxicodependência e a procura de tratamento e apoio.

Refere ainda que, na sua opinião, a lei 30/2000, no geral, está adequada, mas que necessita de revisão no que concerne às disposições do artº 17º criando novas sanções e adaptando as existentes, tornando-as exequíveis e passíveis de controlo e avaliação.

Necessita de ser revista a definição da quantidade de estupefaciente para consumo durante 10 dias, repensar e redefinir as entidades responsáveis pela execução das sanções, (artº 25º Lei 30/2000) que neste momento são os OPC,s, o que me parece desadequado relativamente ao espírito da descriminalização.

ENTREVISTA DR. PAULO VALADAS, ADVOGADO

O entrevistado é completamente a favor da descriminalização do consumo de estupefacientes e refere que este foi o ponto de viragem para o combate à droga, mas com dois problemas: o primeiro diz respeito à estrutura de tratamento e prevenção e recursos humanos, que segundo o entrevistado, não estavam preparados para a quantidade de toxicodependentes existentes e que aderiram aos programas de tratamento. No entanto refere que, apesar disto, a descriminalização foi uma grande vitória para as questões de saúde pública, que foi aquele que mais se quis acautelar.

O segundo problema diz respeito às questões relacionadas com a prevenção relativa à criminalidade conexas e a segurança. Segundo o entrevistado, da sua experiência profissional, não acha que tenha resultado tanto, embora a descriminalização tenha libertado os tribunais de uma grande quantidade de processos, permitindo uma maior concentração de meios para a investigação das grandes redes de tráfico, e ataque aos lucros do tráfico, com melhores resultados.

No dia a dia dos tribunais, as questões relativas à criminalidade conexa, normalmente associada ao consumo (furtos, roubos, etc.) não se vislumbra uma diminuição, até pela dificuldade de associar esses crimes ao consumo, porque muitos dos delinquentes não referem que o crime é cometido para alimentar a sua dependência.

O entrevistado acha que, sem sombra de dúvida, a descriminalização levou a uma grande alteração dos modelos de comportamento dos toxicodependentes. O facto de a sua dependência e o consumo das substâncias, ter sido descriminalizado, levou a uma mudança de atitude. De uma posição de medo, vergonha e dificuldade em aceitar ou entrar em programas de tratamento, e do estigma social que os rotulava como criminosos, passaram a assumir a sua dependência e as terapêuticas de tratamento apresentadas, através das estruturas montadas pelo estado. Esta mudança permitiu enquadrar e referenciar a realidade respeitante ao consumo, no que diz respeito ao número de toxicodependentes e da sua realidade em termos de saúde e adequar os tratamentos às suas necessidades, resultando assim, numa política de redução de riscos e saúde pública preventiva.

O entrevistado acha que a lei, em termos gerais, ainda funciona, mas as realidades actuais implicam uma revisão ou até um regime completamente novo, atendendo, sobretudo à realidade actual de consumo e das novas drogas sintéticas envolvidas.

Quanto às alterações, refere que muito à luz do que já vem sendo a ser defendido por diversos autores, as alterações que proponho e vejo relevantes, são as seguintes;

- 1)Dotar as CDT de mais técnicos e melhores condições. Deixando o exemplo de uma plataforma informática que permite, não só a troca (a segundo) de informação dos indivíduos alvo, não só para monitorização de possíveis execuções de sanções, como para efeitos de saúde pública e do próprio indivíduo consumidor;
- 2)Alargar o âmbito da legislação no sentido de alargar o âmbito de intervenção das CDT, nomeadamente alargando a previsão da Lei para abarcar todas as substâncias ilícitas em sede de contraordenação, sendo

que, assim tudo o que fosse consume entrava na previsão criminal e tudo o que aí não entrasse seria contra-ordenacional.

- 3) Possibilidade da lei prever a punição da tentativa, ainda que a mesma possa, em alguns casos, se mostrar difícil de se provar.
- 4) Alargar as competências das CDTS para uma capacidade também ela punitiva e de execução dessas punições/sanções, podendo estes acompanhar o cumprimento das execuções e ou comunicar o incumprimento de tais sanções às Autoridades Policiais, assumindo estas ultimas meramente um papel de colaborativo.
- 5) Por se terem denotado dificuldades quanto à contagem de prazos, mormente quanto à prescrição das contraordenações, precisamente devido ao facto de se tratarem de processos morosos, deveria ser alargado o prazo de prescrição desta Lei, ou em alternativa estabelecer prazos de suspensão da mesma em determinadas circunstancia, nomeadamente quando o processo aguada pareceres e avaliações médicas (seja qual for a sua génese).
- 6) As CDTS deveriam estar todas dotadas de Psicólogos, Enfermeiros, Advogados e Assistentes Sociais a tempo inteiro. Podendo desta forma ser assegurada globalidade da prevenção especial e também geral que se presume pretender alcançar com esta Lei.

ENTREVISTA DR. CARLOS ALEXANDRE, JUIZ TCIC

O entrevistado concorda em absoluto com o processo de descriminalização do consumo de estupefacientes. Considera que foi um passo importante e de grande impacto no combate ao fenómeno das drogas.

Até 2000 o combate ao fenómeno era integralmente de carácter punitivo, e quase sempre os visados e sobre os quais caia o peso da lei, eram os consumidores, elementos de fim de linha, que nada lucravam com estas actividades de tráfico, mas que alimentavam essas mesmas redes à custa da sua dependência.

Os consumidores acabavam por ser punidos duas vezes, uma pela necessidade de consumo e pela consequente procura de droga, e outra pelo proibicionismo legal que era aplicado, ficando, quase sempre, de fora aqueles que mais lucravam com todo este cenário de miséria humana, os traficantes e as redes de tráfico.

A descriminalização do consumo de drogas veio permitir que os consumidores, assumissem a sua dependência e deixassem de se auto-marginalizar, aderindo livremente e por sua vontade, aos programas de tratamento apresentados pelo estado. Isto foi uma grande vitória no que diz respeito à prevenção, em termos de saúde pública. Acompanhados, apoiados e com programas de integração social, a descriminalização, revelou-se como um verdadeiro factor de prevenção nesta área.

No que concerne à criminalidade conexa, furtos, roubos, etc., os resultados da descriminalização não são tão evidentes, até porque não é fácil concluir que aquele crime foi cometido para fazer face às necessidades de consumo de estupefaciente do criminoso, a não ser que ele diga que essa foi a razão.

Em termos criminais não se verificou nenhuma redução deste tipo de criminalidade. No entanto a descriminalização permitiu tirar do circuito criminal, muitos destes consumidores que, neste momento, já não necessitam de recorrer a estes pequenos crimes para alimentarem a sua necessidade de consumo de drogas.

Importa ter em conta e pensar nisto. A comercialização da droga é uma fonte de financiamento das redes criminosas, terrorismo, que serve ainda para corromper todo o tipo de estruturas do estado. O mercado negro da droga é equivalente ao mercado do petróleo, são muitos milhões a serem utilizados no financiamento de actividades criminosas. Indo ainda mais longe é opinião do entrevistado, que o estado deve assumir o controlo e a venda de estupefacientes. Esta fonte de financiamento só existe porque é proibida o que exponencia o preço dessas drogas no circuito de venda. As redes de crime organizado são extremamente dispendiosas, assumindo o estado essa venda e distribuição, retiraria a elas os lucros fabulosos a que estava habituados e seria praticamente a morte da maior parte destas estruturas criminais.

O entrevistado concorda que a descriminalização do consumo, alterou radicalmente, os modelos de comportamento dos toxicodependentes. Como já foi referido O entrevistado acha que, sem sombra de dúvida, a descriminalização levou a uma grande alteração dos modelos de comportamento dos toxicodependentes. O facto de o consumo de estupefacientes, ter sido descriminalizado, levou a uma mudança de atitude, ou seja deixou de fazer sentido o medo, a vergonha e a marginalização social, e permitiu uma adesão em larga escala aos programas de tratamento e redução de riscos, desaparecendo também o estigma social que os rotulava como criminosos, passaram a assumir a sua dependência e as terapêuticas de tratamento apresentadas, e enquadradas pelo estado. Esta mudança é bem patente pelo desaparecimento, quase por completo, da dependência comportamental que se baseava na procura constante de drogas como se isso fosse a sua razão de existir.

No que concerne ao enquadramento jurídico, o entrevistado acha que a lei devia ser revista ou até substituída por outra mais actual. Concorde com a alteração das penas constantes do artº 17º da Lei 30/2000 de 29 de Novembro por outras exequíveis e de mais fácil controlo e avaliação.

Também concorda com a redefinição da definição de consumo médio para um período de 10 dias (artº 2º).

Também coloca reticências na questão das entidades responsáveis pela execução das sanções, (artº 25º Lei 30/2000) que neste momento são os OPC,s tendo sido inicialmente os Governos Cívicos. Esta posição do legislador é um contra-senso, pois uma situação descriminalizada passar para controle da polícia parece desconforme em relação ao espírito que está por detrás desta mesma descriminalização.

CONCLUSÕES

O Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, veio definir o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, que, conforme decorre do seu preâmbulo, surge na sequência da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988, assinado e ratificado por Portugal (Resolução da

Assembleia da República no 29/91 e Decreto do Presidente da República n.º 45/91, publicados no Diário da República, de 6 de Setembro de 1991). Pretendeu-se, através daquela convenção internacional, transpor para o direito interno mecanismos jurídicos de direito internacional em matéria penal, com o objectivo claro de, por um lado, reduzir as enormes receitas obtidas pelos traficantes obtidas através das suas atividades criminosas, impedindo que por esta via financiem organizações criminosas transnacionais e, por outro lado, adotar medidas adequadas ao controlo e fiscalização dos precursores, produtos químicos e solventes, utilizáveis no fabrico de estupefacientes e de psicotrópicos.

Neste contexto, assume particular relevância o artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que tipificou o crime de consumo ilícito de estupefacientes (criminalizando o consumo ao mesmo tempo que procurou incentivar o consumidor ao tratamento), como forma de responsabilizar o consumidor por comportamentos individuais que, necessariamente, são aptos a lesar ou colocar em perigo bens jurídicos essenciais à vida em sociedade, como sejam a saúde e a segurança públicas. Sucedeu, no entanto, que aquela norma veio a ser revogada pelo artigo 28.º da Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, que estabelece o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas.

Efetivamente, a Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, que estabelece o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, veio trazer uma mudança de paradigma, na medida em que deixou de existir a criminalização dos consumidores de drogas, pelo simples facto de consumirem, deterem ou adquirirem drogas exclusivamente para o seu consumo (aquisição e a detenção para consumo próprio não pode exceder a quantidade necessária para o consumo médio individual durante o período de 10 dias) verificando-se a substituição da criminalização pela proibição administrativa de consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas (artigo 2.º n.º 1 da Lei 30/2000, de 29 de Novembro).

Assim, as condutas (consumo, posse para consumo e aquisição para consumo), que antes constituíam crime, passaram a ser ilícito de mera ordenação social dando lugar à aplicação de uma contra-ordenação, em grande medida por se

entender que a criminalização do consumo de drogas não é justificável, por não ser um meio absolutamente necessário nem adequado para enfrentar o problema do consumo de drogas e dos seus efeitos, e, também, porque a opção pelo ilícito de mera ordenação social permitiu introduzir um sistema sancionatório mais flexível.

Deste modo o legislador nacional, sobretudo à luz dos princípios humanista e da proporcionalidade, delimitou um regime jurídico que pretende alcançar uma solução entre a criminalização total e a descriminalização total, que pode ser caracterizado como uma descriminalização em sentido técnico e estrito, susceptível ser definida como a *“desqualificação de uma conduta enquanto crime, como redução formal da competência do sistema penal em relação a certas condutas”*. (33)

Encarar o toxicodependente como um doente e não como um criminoso, é uma aposta clara na prevenção secundária, na mudança jurídica e no apoio ao tratamento dos consumidores através de estruturas públicas criadas especialmente com esta finalidade, levou a uma mudança de comportamento por parte dos consumidores. O facto de deixar de existir uma componente criminal, levou a que se ultrapassasse o estigma que os toxicodependentes sentiam ao serem encarados como criminosos e assumirem assim a sua dependência sem preconceitos nem vergonha. Esta mudança claramente trouxe para o sistema um número substancialmente maior de consumidores, mas que deixaram de se esconder e passaram a assumir a vontade de frequentarem programas de tratamento e reinserção, permitindo, a muitos deles, adquirir uma normalização das suas vidas, permitindo até a entrada no mercado de trabalho.

O facto de muitos deles terem uma fonte de rendimento, e porque a intenção não é promover a abstinência do consumidor, permite que possam financiar o seu consumo após o programa de tratamento, dentro de parâmetros que permitam o equilíbrio homeostático fundamental para o funcionamento normal do corpo e da mente.

Podemos afirmar, sem qualquer sombra de dúvida, que em relação às questões de saúde pública, prevenção secundária, encaminhamento, tratamento, integração e apoio, a descriminalização do consumo de estupefacientes,

funcionou e podemos dizer, que foi um êxito, elogiado e referido como exemplo, em várias conferências e organizações internacionais.

É esta também a opinião dos entrevistados. Todos eles referem que descriminalização do consumo, ao nível da saúde pública, tem sido um pilar fundamental na prevenção.

No que concerne à criminalidade, que normalmente anda, ou andava, associada ao fenómeno do consumo (furtos, roubos, etc.), segundo os entrevistados, não se vislumbra uma grande alteração nos números relativos a este tipo de crime. Esta situação pode ter várias explicações, mas careciam de um estudo mais aprofundado. O que se pode concluir empiricamente e segundo os entrevistados, é que não é fácil comprovar se alguns destes crimes acontecem, como meio de financiamento do consumo do seu autor, a não ser que este o confirmasse. Mas essa confirmação, possivelmente, nunca funcionaria, pura e simplesmente porque actualmente existe uma estrutura, CDT, que analisa, encaminha para tratamento e apoia os consumidores.

É evidente que a descriminalização permitiu retirar do circuito criminal, muitos dos consumidores e assim permitiu que estas actividades ilícitas diminuíssem e só por isso já se constitui como um factor de prevenção.

Por último realço as declarações do Dr. Carlos Alexandre, que defende um ataque mais directo e mais profundo às redes da grande criminalidade, devendo o Estado assumir o controlo da venda de todo o tipo de estupefacientes. Segundo o entrevistado, esta opção permitiria um golpe mortal na criminalidade organizada, tão dependente das redes de tráfico para a sobrevivência dessas estruturas.

Acredito que num futuro não muito longínquo, será efectivamente este o passa a dar, porque não me parece que exista outra solução para o combate ao crime organizado e às redes de tráfico.

Referências Bibliográficas

- (1) **Poiares, C. A., (2001). *Variações sobre a droga. Revista Toxicodependências*, 7 (2), 67-75.).**
- (2) **Costa, E., M. (2009). *Descriminalização do consumo de estupefacientes em Portugal- Análise Preliminar. Revista Toxicodependências*, 15 (3), 3-8.).**
- (3) **Dr.Elisa Guerra-Doce, *Time and Mind: The Journal of Archaeology, Consciousness and Culture* 26/02/2015 Huffpost, Breve História dos Opiáceos, PJ-DCITE, Lisboa Janeiro 1998)**
- (4) **www.bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/449/1/230-237_fchs04_-15.pdf, Laura M. Nunes e Gloria Jolluskin)**
- (5) **Dr. Elisa Guerra-Doce, *Las Drogas en la pré-historia*, cap.º 4, Breve História dos Opiáceos, PJ-DCITE, Lisboa Janeiro 1998)**
- (6) **Dr. Elisa Guerra-Doce, *Las Drogas en la pré-historia* cap. º 1 e 4, Breve História dos Opiáceos, PJ-DCITE, Lisboa Janeiro 1998)**
- (7) **Dr. Elisa Guerra-Doce, *Las Drogas en pré-história*, Breve História dos Opiáceos, PJ-DCITE, Lisboa Janeiro 1998)**
- (8) **Dr. Elisa Guerra-Doce, *Las Drogas en la pré-historia*, cap.º 2 e 4, Breve História dos Opiáceos, PJ-DCITE, Lisboa Janeiro 1998)**
- (9) **Dr. Elisa Guerra-Doce, *Las Drogas en la pré-historia*, cap.º 3, Breve História dos Opiáceos, PJ-DCITE, Lisboa Janeiro 1998)**
- (10) **Laura M. Antunes, Glória Jolluskin *Uso de drogas: Breve Análise Histórica e Social*, pag^{as} 234 e segts. [bdigital.UFP.PT/bitstream/10284/449/1/230-237FCHS04-15 PDF](http://bdigital.UFP.PT/bitstream/10284/449/1/230-237FCHS04-15_PDF), Breve História dos Opiáceos, PJ-DCITE, Lisboa Janeiro 1998)**
- (11) **Laura M. Antunes, Glória Jolluskin *Uso de drogas: Breve Análise Histórica e Social*, pag^{as} 234 e segts. [bdigital.UFP.PT/bitstream/10284/449/1/230-237FCHS04-15 PDF](http://bdigital.UFP.PT/bitstream/10284/449/1/230-237FCHS04-15_PDF), Breve História dos Opiáceos, PJ-DCITE, Lisboa Janeiro 1998)**
- (12) **Martins, A.g. Lourenço, *História Internacional das Drogas*, 17/12/2007)**
- (13) **artº 2º Lei 30/2000 de 29 Nov)**
- (14) **OMS.F19 - transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de drogas, associado à dependência química)**
- (15) **[www.psiquiatria e toxicodependencia.blogspot.pt](http://www.psiquiatria_e_toxicodependencia.blogspot.pt), 2011)**

- (16) Maximiano, Caio - *Psicofarmacologia, estudo dos fenómenos psicopatológicos*, www.pt.slideshare.net/caio_maximiano/uso-e-abuso-de-drogas-i)
- (17) www.datasul.gov.br/cid10/V2008/webhelp/F10_F19.htm
- (18) Maximiano, Caio - *Psicofarmacologia, estudo dos fenómenos psicopatológicos*, www.pt.slideshare.net/caio_maximiano/uso-e-abuso-de-drogas-i
- (19) bbc.com/portuguese/noticias/010115_cocaina.shtml., Norman Parker Janeiro 2001, www.casodepolicia.com/2008/06/24/fabricação-de-pasta-de-coca)
- (20) Freudenmann, R. W. et al. (2006). *The origin of MDMA*)
- (21) www.mdma.net, Freudenmann, R.W. et al. (2006). *The origin of MDMA*)
- (22) www.mdma.net, Freudenmann, R.W. et al. (2006). *The origin of MDMA*)
- (23) Joana Gorjão Henriques, *Público on line*, www.público.pt, 1 de Junho de 2017).
- (24) www.esquerda.net, 29 Junho 2014)
- (25) *El País*, Javier Martin Del Barrio, 25 Abril 2016)
- (26) www.rehabinfo.net/how Portugal successfully decriminalized drugs.
- (27) João Goulão *Entrevista*, *Diário de Notícias*, Abril de 2011)
- (28) João Goulão www.portal.do.direito.blogspot.pt, agência Lusa 8 de Novembro de 2016
- (29) *Política da Droga em Portugal Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas*, de Artur Domoslawski, Junho de 2011, *Open Society Foundations Traduzido por Nuno Portugal Capaz*).
- (30) artº 2º nº2, Lei 30/2000 de 29NOV, artº 9º e mapa anexo, Portaria 94/96 de 26 Março
- (31) *O consumo de drogas na política e na técnica legislativa: Comentários à Lei 30/2000*, *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 2001, pag. 90).

(32) (Hans Welzel e Claus Roxin(problemas Fundamentais do direito penal, Editora Vega, 2004, Santos, Daniel Leonhardt, Fundamentos e Critérios da Teoria da Imputação Objectiva do Resultado à Acção de Roxin, [www.cidp.pt, publicações/revistas/rjlb/2015](http://www.cidp.pt/publicações/revistas/rjlb/2015))

(33) JORGE DE FIGUEIREDO DIAS, “O Movimento de Descriminalização e o Ilícito de Mera Ordenação Social”, in Direito Penal Económico e Europeu: Textos Doutrinários, Coimbra Editora, 1998, Vol. I, p. 22.

Outra Bibliografia Consultada

- **Ferreira, Maria Luisa Gentil, “Toxicodependência, Representação de Jovens e Progenitores”, ISPA, Lisboa 1992.**
- **Snyder, Solomon H. Drogas Y Cerebro, Prensa Científica SA, 1992**
- **Cohen, William E., Inaba, Darryl, “Uppers, Downers, All Arounders, Physical and mental effects of psychoactive drugs” 1989, tradução portuguesa de Jorge Zahar Editor Lda, 1991.**
- **Relatório sobre a Heroína e situação internacional, DCITE/UNID/PJ, 1996**
- **Relatório sobre a Cocaína, DCITE/UNID/PJ, 1998**
- **Relatório, Breve História dos Opiáceos, DCITE/UNID/PJ**
- **Rodrigues, Joaquim, “Detecção de Drogas, manual para agentes policiais e funcionários aduaneiros”, Gabinete de planeamento e Coordenação do Combate à Droga, Presidência do Conselho de Ministros, 1998**
- **Stockley, David e Kolektiboa, Edex, “Drug warning” 1986,**
- **Patrício, Luis “ Droga de Vida, Vidas de Droga” Editora Bertrand, 1994**
- **Moncomble, Yann, “O poder da droga na política mundial”, Editora Hugin, 1997**